

Anna Wojnarska

Katedra Pedagogiki Resocjalizacyjnej, UMCS, Lublin

Kompetencje komunikacyjne osób z ADHD – przegląd literatury

Przegląd obejmuje artykuły opublikowane w ciągu ostatnich 20 lat dotyczące kompetencji komunikacyjnych (w tym pragmatycznego użycia języka) osób z ADHD. Istnieje potencjalna zależność pomiędzy ADHD a używaniem języka w społecznym kontekście, czytaniem i pisaniem oraz rozpoznawaniem ekspresji twarzy. Większość artykułów sugeruje, że osoby z ADHD mają wiele problemów w społecznej komunikacji, jednak wyniki badań są niekonsekwentne, ponieważ część z nich wskazuje na brak takiej zależności. Przedyskutowano możliwe przyczyny tych rozbieżności. Badane grupy są heterogeniczne ze względu na różny stopień trudności i współwystępowanie zaburzeń. Dokonany przegląd wskazuje, że pomimo rozbieżności istnieją dowody na zależność pomiędzy ADHD a problemami w komunikacji. Sformułowano wskazania dla dalszych badań i praktyki psychologicznej i pedagogicznej.

Słowa kluczowe: ADHD, dysleksja rozwojowa, kompetencje komunikacyjne, specyficzne zaburzenie językowe, rozpoznawanie wyrazów mimicznych

The Communication Competence of People with ADHD: A Review of Literature

This article review conducted over past 20 years on the communication competence (containing pragmatic language use) of people with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). There is potential association of ADHD with using language in social context, reading and writing, and recognition of facial expression. Most papers suggest that people with ADHD have a lot of problems in social communication but results of research are inconsistent, because some of them indicate no existence of differences. Possible reasons of this are discussed. Examined groups of people are heterogeneous because they have various levels of difficulty and different co-occurring impairments. The article concludes that in spite of discrepancy in research results, there are evidence for dependency between ADHD and communication problems. Some recommendations for future research and psychological and education practice are formulated.

Keywords: ADHD, developmental dyslexia, communication competence, specific language disorder, recognition of facial expressions

Wprowadzenie

Celem prezentowanego artykułu jest przeanalizowanie zależności pomiędzy występowaniem symptomów nadpobudliwości psychoruchowej i/lub zaburzenia uwagi (ADHD) u dzieci a rozwojem kompetencji komunikacyjnych w zakresie specyficznych zaburzeń językowych (*specific language impairment, SLI*), użycia języka w sytuacjach społecznych, komunikacji werbalnej pisemnej oraz komunikacji niewerbalnej. Materiałem poddanym analizie były artykuły naukowe recenzowane, pełnotekstowe pozyskane za pomocą rekomendowanych akademickich przeglądarek internetowych oraz polskich repozytoriów w miesiącach lutyczerec 2021 r. Uwzględniono publikacje z ostatnich około 20 lat. Nie zastosowano dodatkowych kryteriów wykluczających opracowania i dlatego w analizach uwzględniono zarówno prace oparte na raportach z badań, jak i przeglądy literatury oraz metaanalizy.

Zaburzenia neurozwojowe w obrazie ADHD dotyczą koncentracji uwagi, nadruchliwości i impulsywności oraz myślenia i emocji. Zespół ADHD może być zróżnicowany i nie wszystkie grupy objawów muszą się pojawić, niektóre z nich mogą być dominujące, a pozostałe niezbyt nasilone (Kołakowski i in. 2007; Kołakowski 2013). Pomimo możliwości niezależnego występowania symptomów nadpobudliwości, nadruchliwości i zaburzeń uwagi, w badaniach z ADHD najczęściej grupa osób jest traktowana jako homogeniczna ze względu na trudności w diagnozie różnicowej (Hawkins i in. 2016). Objawy ADHD mają charakter całościowy i stanowią przyczynę cierpienia samego dziecka, jak i jego najbliższego otoczenia (Cooper Ideus 2001; Popielarska, Popielarska 2000; Goodman, Scott 2000), co skutkuje różnego rodzaju problemami psychospołecznymi w okresie dojrzewania i dorosłości.

Nowe kryteria diagnostyczne zawarte w systemie DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5*; <http://www.dsm5.org>) dotyczą kilku zmian, m.in. podwyższono do 12 r.ż. granicę wieku, do której mogą wystąpić pierwsze objawy. Ponadto włączono zaburzenia ze spektrum autyzmu jako spełniające kryteria ADHD, podczas gdy wcześniej były one wykluczane. Uwzględniono zróżnicowanie i dynamikę objawów ADHD w trakcie całego życia, w tym dorosłości. Zwrócono też uwagę na czynniki wpływające na zaburzenia pracy mózgu oraz wpływ symptomów ADHD na obniżenie poziomu funkcjonowania w sferze społecznej, akademickiej i zawodowej osób dorosłych.

D.H. Hymes wprowadził w latach 70. XX wieku termin kompetencje komunikacyjne, określający wiedzę użytkownika o regułach posługiwania się językiem zależnie od sytuacji i od słuchacza. Porozumiewanie się oznacza wymianę informacji w sposób bezpośredni lub pośredni z wykorzystaniem określonego systemu znaków oraz systemu reguł. Skuteczność wyraża się w zdolności wchodzenia

w różnorodnych sytuacjach komunikacyjnych z różnymi partnerami i umiejętności przekazywania wiadomości zgodnie z intencjami nadawcy. Wytworzenie się kompetencji komunikacyjnej jest możliwe nade wszystko dzięki doświadczeniom gromadzonym od początku życia oraz zadatkom wrodzonym dziecka (Kurcz 2000).

Trudności w pragmatycznym stosowaniu języka przez osoby z ADHD

W literaturze anglojęzycznej kompetencje komunikacyjne nazywane są pragmatycznymi zdolnościami użytkowania języka. Manifestują się one w adekwatnym użyciu języka w kontekście komunikacyjnym poprzez dostosowywanie się do tematu i podtrzymywanie go, zmianę ról w trakcie konwersacji, uwzględnienie kontekstu, przerywanie rozmówcy, ilości i intensywności mówienia (ton i natężenie głosu), nawiązywanie kontaktu wzrokowego, uwzględnianie odległości, ekspresji twarzy/mimiki, gestykulacji (Hawkins i in. 2016; Leonard i in. 2011).

Trudności w posługiwaniu się językiem w kontekście społecznym teoria transakcyjna tłumaczy wczesnymi doświadczeniami w tym zakresie w relacji dziecko–matka. Dzieci z dominującym symptomem zaburzeń uwagi mają trudności w skupieniu się w trakcie gry, słuchaniu innych uczestników zabawy i rozumieniu instrukcji, co powoduje przekonanie matki o braku zainteresowania dziecka interakcją. Również dzieci z dominującym objawem nadpobudliwości psychoruchowej nie potrafią utrzymać relacji, ponieważ są nadmiernie ruchliwe, nie potrafią czekać na swoją kolejkę, dlatego często przerywają i powodują zakłócenia w trakcie zabawy. Dodatkowo w obu podgrupach pojawiają się problemy w rozumieniu komunikatów niewerbalnych. Trudności te zniechęcają dorosłych do nawiązywania i podtrzymywania kontaktu z dzieckiem, co na zasadzie błędnego koła powoduje zmniejszenie się doświadczeń społecznych pozwalających trenować kompetencje komunikacyjne (Camarata, Gibson 1999). Ponadto stwierdzono, że zachowania dziecka powodują u matek wzrost dyrektywności, negatywnej i mniejszej reaktywności w porównaniu z zachowaniami matek dzieci o typowym rozwoju.

W grupie dzieci z ADHD i opóźnionym rozwojem mowy sprawności dialogowe znajdują się na poziomie poniżej norm wiekowych. Dzieci te nie potrafią zastosować poprawnych reguł grzecznościowych, odnoszą się bez dystansu do dorosłych, przerywają rozmowę i odpowiadają w nieadekwatnych momentach. Zachowania te wynikają z objawów podstawowych impulsywności, natomiast rzutują niekorzystnie na proces komunikowania się. Różnice na niekorzyść tej grupy ujawniają w zakresie następujących reguł konwersacyjnych: ilości (dostarczanie za dużo lub zbyt mało informacji); jakości (przekazywanie nieuporządko-

wanych informacji); odniesienia (niespójne, chaotyczne wypowiedzi, pełne dygresji); sposobu (zbyt szybkie, nieczytelne komunikaty). W efekcie dzieci z tej grupy nie rozumieją kierowanych do nich wypowiedzi, a odpowiadają krótko i zdawkowo, co świadczy o ubogim słownictwie zarówno czynnym, jak i biernym (Januszczak 2014/2015: 15–16). W języku mówionym dzieci z ADHD pojawiają się trudności w postaci aliteracji, stosowania nieprawidłowego reguł fonologicznych i braku umiejętności dyskursu narracyjnego (Januszewska, Januszewska 2016). Obniżenie umiejętności językowych dotyczy opóźnienia rozwoju mowy, współwystępowania zaburzeń centralnego przetwarzania słuchowego, zaburzonej interioryzacji mowy, werbalnej pamięci operacyjnej, trudności komunikacyjnych i słabszej fluencji werbalnej (Jędrzejowska, Borkowska 2011).

W szerszym rozumieniu kompetencje komunikacyjne uwzględniają społeczny, emocjonalny i komunikacyjny aspekt interakcji, czyli ogólnie kompetencje społeczne. Zaburzenia w tym zakresie powodują trudności osób z ADHD w nawiązywaniu społecznych relacji oraz ich podtrzymywaniu. Cechą charakterystyczną komunikacji tych osób jest zadawanie zbyt wielu pytań w nieodpowiednim czasie, zabieranie głosu niezależnie od kontekstu i ogólnie dezorganizowanie interakcji (Giddan 1991, Safwat i in. 2013, Świącicka 2003). Dzieci takie nie potrafią prowadzić rozmowy, chociaż nie mają trudności z jej rozpoczynaniem, natomiast nie umieją organizować wypowiedzi w czasie. Typowymi pragmatycznymi problemami są: poważne trudności w zdolności w kodowaniu i dekodowaniu komunikatów i słabe rozumienie kontekstu rozmowy, ale jednocześnie dość duża płynność mowy ekspresywnej. Tannock (za: Bruce i in. 2006) wskazuje, że pragmatyczne deficyty dzieci z ADHD wyrażają się przede wszystkim w nadmiernej gadatliwości w trakcie spontanicznej konwersacji, wykonywania zadań i zabawie, braku płynności w zadaniach wymagających planowania i organizowania wypowiedzi, np. w opowiadaniach lub dawaniu wskazówek, problemach natury czasowej w inicjowaniu rozmowy, zmianie ról oraz zmianie tematów.

Problemy w komunikowaniu się powodują odrzucenie ze strony rówieśników i dorosłych, a poczucie alienacji eskaluje agresywność u dzieci (Nixon 2001). Odrzucenie rówieśnicze wynika z trudności adaptacyjnych manifestujących się np. agresją, porzucaniem zadań, nadmierną ruchliwością, gadatliwością, zachowaniami niespodziewanymi i niekontrolowanymi przez dzieci z ADHD. Zachowanie takie obniża ich atrakcyjność w relacjach interpersonalnych i powoduje alienację, co jest spowodowane odrzuceniem i izolacją (Nixon 2001). Pojawia się mechanizm „błędnego koła”, ponieważ odrzucane dzieci nie mają okazji do treningu umiejętności społecznych, a narastająca frustracja potrzeb społecznych nasila agresywność.

Leonard i in. (2011) przeprowadzili badania dzieci w wieku 9–11 lat celem stwierdzenia związku między pragmatycznym zastosowaniem języka a umiejęt-

nościami społecznymi na różnych poziomach nadpobudliwości psychoruchowej i zaburzeń uwagi. Potwierdzono wstępnie postawione hipotezy, wskazujące, że nadpobudliwość i zaburzenia uwagi są negatywnie skorelowane z umiejętnościami społecznymi oraz kompetencjami komunikacyjnymi. Natomiast adekwatne stosowanie języka koreluje pozytywnie z umiejętnościami społecznymi. Związek nadpobudliwości i zaburzeń uwagi z umiejętnościami społecznymi jest całkowicie lub częściowo mediowany przez kompetencje komunikacyjne.

Okazuje się, że ADHD jest zaburzeniem neurorozwojowym najczęściej rozpoznawanym u dzieci z zaburzeniami językowymi, choć nadal jest wiele rozbieżności w wynikach badań. W grupie dzieci z upośledzeniem językowym częstość stwierdzenia ADHD to 4–32%, natomiast w grupie ADHD upośledzenie językowe stwierdza się u 8–90% (Redmond i in. 2011: 113). Problemem jest brak precyzyjnych technik pozwalających zróżnicować oba zaburzenia, ponieważ w aktualnie dostępnych diagnozowane symptomy częściowo się pokrywają. Redmond, Ash, Hogan (2015) wykazali, że usunięcie itemów dotyczących języka i osiągnięć szkolnych ze skal szacujących ADHD poprawiło moc dyskryminacyjną itemów w różnicowaniu obu zaburzeń. Zaczęto mówić o błędnym współwystępowaniu zaburzeń, co oznacza, że są one wywołane dodatkowymi zmiennymi niezależnymi od przyczyn ADHD i zaburzeń języka. Ponadto nie wiadomo, który z symptomów ADHD ma większe znaczenie dla pojawiania się zaburzeń językowych: nadpobudliwość psychoruchowa, impulsywność czy zaburzenia uwagi. Być może problemy wynikają jeszcze z innych przyczyn, np. z niższej frekwencji tych uczniów w szkole.

Kategoria zaburzeń językowych jest również zróżnicowana, ponieważ w badaniach są stosowane terminy: zaburzenia językowe (*language impairment*, LI), specyficzne (SLI), niespecyficzne zaburzenia językowe (NLI) i zaburzenia języka (*language disorder*). SLI reprezentują powszechne rozwojowe zaburzenie językowe wpływające na około 5–7% populacji szkolnej i odnoszące się do tych przypadków upośledzenia językowego, które istnieje pomimo braku stwierdzonych deficytów percepcyjnych, poznawczych i środowiskowych. Wtórne problemy z komunikacją mają wpływ na rozwój poznawczy, edukacyjny i psychospołeczny (Leonard 2006; Yew, O’Kearney 2013). Również dla sfery emocjonalności SLI jest czynnikiem ryzyka sprzyjającym występowaniu takich problemów, jak: depresja, zaburzenia lękowe i zaburzeniami zachowania. Brak rozumienia sytuacji społecznych powoduje konflikty z rówieśnikami i dorosłymi, podczas gdy opóźnienie w rozwoju językowym decyduje o pojawieniu się uporczywej dysregulacji emocjonalnej prowadzącej do preferowania zachowania unikowego lub typu *acting out*. Szacuje się, że aż 50% do 80% dzieci z zaburzeniami językowymi ma problemy behawioralne i/lub emocjonalne (Yew, O’Kearney 2013). Dzieci przedszkolne

z tym problemem bardzo rzadko otrzymują specjalistyczną pomoc (17,8%), a duża część tej grupy nie posiada diagnozy w tym kierunku (Redmond i in. 2011).

Zaburzenia mogą dotyczyć trzech aspektów: ekspresywnego, receptywnego i mieszanego, czyli receptywno-ekspresywnego. Ekspresywne zaburzenia wyrażają się w trudnościach werbalizacji w społecznej komunikacji, natomiast mieszane zawierają także rozumienie języka i społecznego kontekstu rozmowy (Camarata, Gibson 1999). Wykazano, że dzieci z ADHD nie mają trudności w recepcji mowy, czyli rozumieniu języka, natomiast manifestują trudności w ekspresji języka, czyli zdolności komunikowania myśli, potrzeb i pragnień (Leonard i in. 2011). Okazuje się, że zależności te są bardziej skomplikowane. Stwierdzono bowiem, że trudności w zakresie ekspresji mowy są skojarzone z zachowaniami wycofującymi i unikającymi, podczas gdy trudności o charakterze recepcyjnym z zachowaniami buntowniczo-opozycyjnymi. Problemy występują najczęściej wówczas gdy dzieci mają problemy w recepcji lub w formie mieszanej recepcyjno-ekspresyjnej, natomiast rzadziej gdy jest to tylko zaburzenie ekspresyjne (Yew, O’Kearney 2013). Ta niespójność wniosków wynika z dużego zróżnicowania zarówno grupy osób z ADHD, jak z SLI.

Trudności w czytaniu i pisaniu osób z ADHD

Problemy emocjonalne i behawioralne (w tym ADHD) – zdaniem wielu badaczy – współwystępują z specyficznymi trudnościami w czytaniu i pisaniu (Arnold i in. 2005; Lamm, Epstein 2001). Borkowska (2008) uważa, że ADHD i dysleksja są to zjawiska różne pod względem etiologii, choć bardzo często współwystępujące. Wśród dzieci z ADHD objawy dyslektyczne pojawiają się w granicach 25–40%, natomiast objawy nadpobudliwości u dzieci z dysleksją od 15% do 40%. Być może wynika to z faktu, że w obu zaburzeniach istotną rolę odgrywa uwaga, a towarzyszące trudności w nauce nasilają objawy niestabilności psychoruchowej (Krasowicz-Kupis 2016; Safwat i in. 2013).

Cechą wspólną obydwu problemów rozwojowych jest ich większa częstotliwość w grupie chłopców niż dziewczynek, choć w ostatnich latach obserwuje się wzrost częstotliwości zespołu ADHD także wśród dziewcząt. Kolejną cechą kryterialną wspólną jest genetyczna etiologia, która zakłada dziedziczenie powyższych trudności, w przypadku dysleksji około 50%, a ADHD nawet 70% (Goodman 2010; Kołakowski i in. 2007). Współcześnie pogląd ten został zweryfikowany za pomocą precyzyjnych planów badawczych i stwierdzono u chłopców oraz bliźniąt jednojajowych dziedziczenie ADHD na poziomie 25%. Badania genetyczne potwierdzają również udział około 20 genów w powstawaniu objawów ADHD (Sadowska 2008:182).

Analiza trudności w czytaniu i pisaniu tej grupy często jest ujmowana w kontekście modelu Barkleya (2009), w którym główną przyczyną niepowodzeń szkolnych jest zaburzone hamowanie. Wpływa ono na realizację funkcji wykonawczych, takich jak: pamięć operacyjna, internalizacja mowy, rekonstrukcja, samoregulacja emocjonalno-motywacyjna. W ostatnich latach zaczęto rozróżniać tzw. funkcje „zimne”, które dotyczą pamięci operacyjnej, planowania i hamowania oraz tzw. „gorące” powiązane z opóźnieniem awersji i zachowania impulsywnego (Hawkins i in. 2016).

Samoregulacja wzbudzenia emocjonalno-motywacyjnego decyduje o braku wytrwałości i impulsywności emocjonalnej (Kajka 2018: 213–214) oraz nadruchliwości. Dla dzieci z ADHD objawem charakterystycznym jest bardzo niski poziom koordynacji wzrokowo-ruchowej i ruchowo-ruchowej, wyrażający się zaburzeniami czynności grafomotorycznych i motoryki dużej, co przypomina pismo dzieci z dysleksją. Z kolei podobnie jak dzieci z dysleksją rozwojową słuchową dzieci z ADHD mają trudności w odtworzeniu sekwencji czasowych, takich jak: kolejność dni tygodni, miesięcy w roku, określeniu długości trwania minuty, godziny, organizowaniu sobie czynności oraz antycypowania skutków tych czynności. Deficyt antycypacji konsekwencji własnych czynności dotyczy głównie dzieci z ADHD, natomiast w przypadku dzieci z dysleksją umiejętność antycypacji nie powinna być zaburzona, chociaż obraz pozostałych problemów jest bardzo zbliżony i ujawnia się w zaburzeniach analizy i syntezy słuchowej, pamięci słuchowej sylab, słów, zdań, problemach w pisaniu ze słuchu (Borkowska 2008; Kajka 2018; Januszewska, Januszewska 2016; Wojnarska 2005).

Wspólną cechą obydwu problemów rozwojowych są także zaburzenia funkcji językowych, które manifestują się słabszą funkcją kontrolującą i regulującą mowy. Internalizacja mowy pozwala dokonywać wewnętrznych dialogów i regulować zachowanie poprzez samoinstrukcje. W przypadku dzieci z ADHD instrukcje są niespójne, niechronologiczne, chaotyczne. Rekonstrukcja odpowiada za adekwatne użycie tych przepisów w działaniu, czyli kompetencje komunikacyjne i szerzej społeczne (Januszewska, Januszewska 2016). Główną przyczyną sprzężenia tych dwóch problemów neurorozwojowych należy upatrywać w pamięci operacyjnej, która odpowiada za symptomy ADHD i przetwarzanie językowe (Bruce i in. 2006). Dzieci te często nie potrafią zwerbalizować swoich myśli, mają problemy w komunikacji językowej, nie umieją konstruować poprawnie zdań, opowiadań, a w opowiadaniach trudno im zachować sekwencję wydarzeń. Badania dotyczące tego aspektu wykazują, że przy zastosowaniu bardzo rygorystycznych zasad diagnostycznych dzieci z samym zespołem ADHD wykazują lepszy poziom sprawności w zakresie świadomości fonologicznej oraz fonologicznej pamięci krótkotrwałej niż dzieci z dysleksją rozwojową, chociaż gorszy niż grupa dzieci bez zaburzeń rozwojowych (Tiffin-Richards i in. 2001).

W konsekwencji obraz kliniczny obydwu zaburzeń powoduje dużą dowolność w interpretacji stwierdzonych objawów, tym bardziej, że diagnoza opiera się na wskaźnikach pochodzących z innego rodzaju źródeł: w przypadku ADHD są to skale obserwacyjne, w dysleksji standaryzowane testy. Pisecco i in. (2001) zwrócili uwagę na kwestię kierunku zależności pomiędzy tymi dwoma problemami rozwojowymi, która może mieć charakter sprzężenia zwrotnego. Symptomy ADHD powodują trudności w nabywaniu języka, a z kolei zaburzenia językowe powodują trudności w koncentracji uwagi, samokontroli i ruchliwości. Hawkins i in. (2016) na podstawie własnych badań stwierdzili, że istnieją istotne statystycznie zależności pomiędzy symptomami ADHD a pragmatycznym aspektem języka, natomiast znacznie słabsze zależności ujawniają się z aspektem strukturalnym, oraz całkowicie brak zależności z umiejętnością czytania i pisania. Ten ostatni rezultat pozostaje w sprzeczności z poglądami innych badaczy problemu (Eden, Vaidya 2008; Januszewska, Januszewska 2016; Kajka 2018). Jednocześnie nie jest wykluczone, że istnieje zależność pomiędzy zaburzeniami strukturalnymi a pragmatycznymi polegający na tym, że problemy w przyswajaniu zasobu leksykalnego i gramatyki powodują trudności w adekwatnym społecznie posługiwaniu się językiem.

Warto podkreślić odmienne strategie terapeutyczno-leczące w przypadku analizowanych zaburzeń neurozwojowych. W przypadku dysleksji stosowane są metody terapii pedagogicznej bazujące na integracji percepcyjno-motorycznej. W przypadku ADHD dominujące są metody farmakologiczne (stosowanie ritalinu i innych leków, np. przeciwdepresyjnych), natomiast terapia pedagogiczna wykorzystująca ćwiczenia koncentracji uwagi i poprawę koordynacji percepcyjno-motorycznej traktowana jest jako metoda wspomagająca (Powell i in. 2021).

Wspólnym zagadnieniem etiologicznym ADHD i dysleksji rozwojowej jest kwestia mechanizmów odpowiedzialnych za przepływ impulsów nerwowych na poziomie kory mózgowej. Charakterystyka anatomii i funkcji mózgu w obydwu problemach neurozwojowych w ostatnich latach stała się przedmiotem zaawansowanych badań opartych na najnowszych technikach diagnostycznych. Zastosowanie technologii medycyny nuklearnej takich, jak: pozytronowa tomografia emisyjna (PET), tomografia emisyjna pojedynczego fotonu (SPET) oraz tomografia rezonansu magnetycznego (MRI), pozwoliło dość precyzyjnie zidentyfikować struktury i okolice korowe odpowiedzialne za powstawanie symptomów nadpobudliwości i/lub zaburzeń uwagi (Januszczak 2014/2015).

Rozpoznawanie komunikatów niewerbalnych przez osoby z ADHD

Wprawdzie komunikowanie się językowe słowne jest bardziej precyzyjne i bogatsze w zakresie treści i środków (kody językowe i parajęzykowe), to w relacjach osobistych większe znaczenie ma komunikacja niewerbalna wykorzystująca bogaty asortyment zachowań. Szczególne znaczenie przypisuje wyrazom mimicznym, które pozwalają określić nastrój rozmówcy, uzyskać informacje o pozytywnych lub negatywnych relacjach, oraz stanowi sygnał ostrzegawczy w sytuacji agresywnego ataku. Wyróżnia się sześć emocji podstawowych i uniwersalnych, takich jak: strach, niesmak, złość, radość, smutek i zaskoczenie niezależnych od kontekstu społecznego, znajomości osoby, kultury (Aronson i in. 1997).

Olbromska i Putko (2014: 39–40) dokonali przeglądu badań na ten temat w kontekście aspektu percepcyjnego teorii umysłu Tager-Flusberga i Sullivana. Badania dotyczyły przede wszystkim dzieci i koncentrowały się głównie na percepcji wyrazów mimicznych. Zastosowane techniki badawcze to: zadania eksperymentalne, w których pacynki odgrywały sceny, a badany miał opisać ich afektywny punkt widzenia; interpretacja historyjek obrazkowych i dopasowanie emocji twarzy ze zdjęć; testy rozpoznawania emocji na podstawie zdjęć twarzy; test rozpoznawania emocji na podstawie cech prozodycznych wypowiedzi i dopasowaniu zdjęcia. Pewną modyfikacją testów ze zdjęciami było prezentowanie ich w wersji statycznej i bez kontekstu, dynamicznej i bez kontekstu oraz dynamicznej (film) z kontekstem. Większość rezultatów badań potwierdziło niższy poziom umiejętności trafnego rozpoznawania i interpretowania wyrazów mimicznych przez dzieci z ADHD w porównaniu z grupami kontrolnymi. Ujawniono także szczególne trudności tej grupy w zakresie takich emocji, jak wstręt i strach (Boakes i in. 2008, za: Olbromska, Putko 2014). Natomiast wyniki w teście rozpoznawania emocji na podstawie prozodii wypowiedzi dzieci z ADHD nie różniły się od grup porównawczych.

W pewnej opozycji do tych wniosków są wyniki badań Cohena i in. (1998, za: Bruce i in. 2006), którzy stwierdzili trudności tej grupy dzieci w zakresie dekodowania emocji innych ludzi i rozwiązywania problemów społecznych. Również Cook, Greenberg, Kusche (1994, za: Greenberg, Snell 1999) stwierdzili, że dzieci nadpobudliwe mają największe trudności w werbalizowaniu własnych emocji i dyskusowaniu na ich temat. Może to być przyczyna gorszych wyników w próbach rozpoznawania emocji na podstawie mimiki.

Dzieci z ADHD mają problemy z realizacją zadań społecznych, co wynika z zaburzonej percepcji, a nie z braku ich wiedzy w tym zakresie. Problemy percepcyjne widoczne są również w nieumiejętności odczytywania sygnałów

niewerbalnych w zakresie mowy ciała i mimiki, co jest spowodowane ich zaburzeniami uwagi. Nieostrzeżenie uczuć i reakcji innych ludzi prowadzi do nieadekwatnych wyborów zachowań, a te najczęściej kończą się karami. Okazuje się, że nawet matki dzieci z ADHD mają skłonność do bardziej dyrektywnego, negatywnego i mniej czułego komunikowania się w trakcie zabawy i codziennych czynności niż matki dzieci bez zaburzeń rozwojowych (Giddan 1991). Rodzice, oceniając zachowania komunikacyjne swoich nadpobudliwych dzieci, wskazali, że mają one problemy zarówno w ekspresji, jak i percepcji mowy (nie rozumieją instrukcji, nie pamiętają poleceń), co z kolei prowadzi do uogólnionych trudności w nauce oraz niskiego poziomu kompetencji społecznych. Wiele spośród tych dzieci manifestowało opóźnienia w nabywaniu języka, lecz nie otrzymało niezbędnej pomocy (Bruce i in. 2006).

Deficyty w zakresie kompetencji komunikacyjnych nie pozwalają dzieciom opanować takich umiejętności, jak: asertywne upominanie się o swoje prawa, odmawianie, dzielenie się informacjami, nawiązywanie więzi z innymi. Problemy w funkcjonowaniu społecznym dzieci są wiarygodnymi predyktorami późniejszych negatywnych konsekwencji w postaci trudności w uczeniu się, uzależnień od substancji psychoaktywnych, przestępczości, porzucania szkoły oraz ogólnie psychologicznego niedostosowania (Wojnarska 2019). Konsekwencje obniżonych kompetencji językowych widoczne są także w obszarze kariery akademickiej, która wymaga od studentów współpracy z kolegami, wykładowcami i innymi osobami spoza tego środowiska. Kompetentni komunikacyjnie potrafią dzielić się informacjami o sobie i swoich uczuciach, opiniach, zadawać pytania celem uzyskania wiedzy.

Podsumowanie

Uzyskane rezultaty wskazują na złożoność powiązań pomiędzy symptomami ADHD a obszarami zaburzeń komunikacji werbalnej, niewerbalnej i społecznej. Wbrew oczekiwaniom badania dostarczają sprzecznych wniosków sugerujących zależność o charakterze sprzężenia zwrotnego lub jej brak pomiędzy analizowanymi problemami rozwojowymi. Prawdopodobnie wynika to z doboru grup badanych, które mają charakter heterogeniczny, zróżnicowanego instrumentarium oraz wieku osób badanych, a także ograniczenia się do analizy strukturalnych (gramatycznych) aspektów języka, a nie jego użycia w kontekście. Pomimo rozbieżności wniosków z analizowanych badań wyłania się obraz współwystępowania obu zaburzeń rozwojowych, co powinno być uwzględnione zarówno w procesie diagnozy, jak i terapii. Pojawiły się także hipotezy o interaktywności obu zaburzeń, jednak badania tego nie potwierdziły. ADHD nie ma statusu niezależ-

nej zmiennej wpływającej na LI (Redmond i in. 2015). Pożądane byłoby zastosowanie bardziej zaawansowanych metod analizy wyników badań uwzględniających efekty moderujące i mediujące, ponieważ – jak wykazuje dokonany przegląd zależności pomiędzy występowaniem ADHD i zaburzeń komunikacji – są złożone (Yew, O’Kearney 2013).

Problemem w porównywaniu wyników badań jest zróżnicowanie badanych grup w ramach SLI (Geurtt, Embrechts 2008) oraz ADHD i SLI (Pisecco i in. 2001) oraz wysoko funkcjonujących ASD i ADHD (Leonard i in. 2011), szczególnie w świetle współczesnych kryteriów. Zróżnicowanie badanych grup dotyczyło także: ADHD o różnym nasileniu, ADHD i współwystępujących zaburzeń (w tym językowych), doboru grup porównawczych (dzieci bez zaburzeń rozwojowych, dzieci z dysleksją rozwojową, dzieci z zaburzeniami językowymi, ze specyficznymi zaburzeniami językowymi i ze spektrum autyzmu) (Nixon 2001; Redmond 2016). Badane dzieci z ADHD rekrutowane z klinik i innych placówek specjalistycznych charakteryzują się poważnym stopniem zaburzenia. Najczęściej otrzymują one adekwatną i zindywidualizowaną pomoc, co powoduje mniej wyraźne zaburzenia językowe w przeciwieństwie do dzieci z łagodnym stopniem (Redmond i in. 2011; Redmond i in. 2015).

Kolejną przeszkodą w generalizowaniu wyników badań jest dobór technik diagnostycznych. Najczęściej oceny funkcjonowania dzieci z ADHD dokonują jednocześnie rodzice i nauczyciele, ale zbieżność tych ocen jest bardzo niska. Ci ostatni mają tendencję do przeszacowywania objawów ujawniających się w funkcjonowaniu szkolnym (Redmond 2016). Testy mające na celu wybranie osób z symptomami ADHD opierają się na technikach, które nie posiadają wystarczającej walidacji, m.in. norm lokalnych i wiekowych. Przeważnie są to skale obserwacyjne bazujące na kryteriach systemu DSM. Często do celów diagnozy różnicowej wykorzystywane są skale Achenbacha, zawierające podskale zaburzenia uwagi i zaburzenia eksternalizacyjne. Popularność zyskuje sobie także Skala Conners 3 jako narzędzie pomocnicze służące do diagnozy ADHD i zaburzeń współwystępujących, takich jak zaburzenia zachowania i zaburzenia opozycyjno-buntownicze. Należy oczekiwać, że dalsze badania funkcjonowania i struktury mózgu osób z problemami neurorozwojowymi pozwolą na sformułowanie bardziej precyzyjnych kryteriów różnicujących.

Redmond i in. (2011, 2015) zwraca uwagę, że kryteria diagnozowania ADHD opierają się na ocenie funkcjonowania szkolnego oraz zdolności komunikowania się. W związku z tym a priori można uznać, że objawy tego problemu rozwojowego obejmują zaburzenia językowe. W związku z tym Redmond proponuje pominięcie tych itemów, co pozwala wyłonić dzieci z samym ADHD. W przypadku zastosowania technik w pierwotnym kształcie stwierdzone współwystępowanie obu zaburzeń należy uznać za artefakt (Redmond i in. 2011).

Konieczne jest zróżnicowanie zaburzeń uwagi i nadpobudliwości psychoruchowej w analizie związków z kompetencjami komunikacyjnymi (Camarata, Gibson 1999; Hawkins i in. 2016), ponieważ w różny sposób powodują one redukcję okazji do treningów społecznych. Warto aby rozróżnienie podtypów ADHD było dokonywane na bazie dokładnej diagnozy klinicznej, tak aby dobrą adekwatną metodę interwencji terapeutycznej. Precyzyjne techniki diagnostyczne w praktyce powinny realizować dwa podstawowe cele. Po pierwsze – identyfikować dzieci z zaburzeniami językowymi będące pod wpływem rozwojowych zaburzeń językowych, i po drugie – różnicować od dzieci bez rozwojowych zaburzeń językowych. Przy braku dobrych narzędzi dochodzi często do błędnego rozpoznania, co skutkuje zaplanowaniem nieadekwatnej terapii (Redmond i in. 2011).

Należy pamiętać, że osoby z ADHD mają również cechy pożądane społecznie, takie jak ekspresywność i zaangażowane społecznie (Nixon 2001). Mogą dość dobrze kompensować problemy, o ile posiadają inteligencję ponadprzeciętną i odpowiednio bogate zaplecze kulturowe. Profilaktyka dotycząca zaburzeń towarzyszących jest wypadkową działań rodziny, przedszkola/szkoły i rówieśników. Interwencja w odniesieniu do problemów w komunikowaniu się musi mieć charakter interdyscyplinarny, ponieważ oprócz aspektu językowego musi uwzględniać emocjonalność dziecka oraz trening w różnych sytuacjach społecznych. Zaprezentowane wyniki badań sugerują konieczność położenia nacisku na rozwijanie czynników chroniących, takich jak zasoby osobiste w obszarze resilience, kompetencji emocjonalnych i rozwiązywaniu problemów.

W ramach pomocy psychopedagogicznej wskazane są odpowiednie treningi umiejętności społecznych, uwzględniające także umiejętności posługiwania językiem w kontekście. Ważne jest edukowanie rodziców i nauczycieli w zakresie problemów i potrzeb dzieci z ADHD celem udzielenia im najbardziej adekwatnej pomocy. Powinni brać w niej udział także lekarze pediatrzy i psychiatry, ponieważ dokonywane obserwacje mogą pomóc w ustaleniu właściwego leczenia i dawkowania leków, a w terapii psychopedagogicznej należy zwrócić uwagę na rozwój umiejętności werbalizowania własnych uczuć, kształtowanie pozytywnych relacji z ludźmi, zaangażowania w leczenie i rozwój samoświadomości nastroju, emocji i komunikatów niewerbalnych. Praca powinna obejmować także zapobieganie wybuchom emocjonalnym, które są destruktywne w procesie komunikacji (Giddan 1991). Być może ogólnodostępne programy stymulacji umiejętności społecznych wymagają specyficznej adaptacji dla grupy dzieci z SLI.

Bibliografia

- Arnold E.M., Goldston D.B., Walsh A.K., Reboussin B.A., Daniel S.S., Hickam E., Wood F.B. (2005), *Severity of Emotional and Behavioral Problems Among Poor and Typical Readers*, *Journal of Abnormal Psychology*, 33, 2: 205–217. DOI:10.1007/s10802-005-1828-9.
- Aronson E., Wilson T.D., Akert R.M. (1997), *Psychologia społeczna*, Zysk i S-ka, Poznań.
- Barkley R.A. (2009), *ADHD. Podjąć wyzwanie*, Zysk i Ska, Poznań.
- Boakes J., Chapman E., Houghton S., West J. (2008), *Facial affect interpretation in boys with attention deficit/hyperactivity disorder*, *Child Neuropsychology: A Journal on Normal and Abnormal Development in Childhood and Adolescence*, 14: 82–96.
- Borkowska A. (2008), *Procesy uwagi i hamowania reakcji u dzieci z ADHD z perspektywy rozwojowej neuropsychologii klinicznej*, UMCS, Lublin.
- Bruce B., Thernlund G., Nettelbladt U. (2006), *ADHD and language impairment. A study of the parent questionnaire FTF (Five to Fifteen)*, *European child and Adolescent Psychiatry*, 15: 52–60. DOI: 10.1007/s00787-006-0508-9.
- Camarata S.M., Gibson T. (1999), *Pragmatic Language Deficits in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)*, *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 5: 207–214.
- Cohen N.J., Barwick M.A., Horodezky N.B., Vallance D.D., Im N. (1998), *Language, Achievement, and Cognitive Processing in Psychiatrically Disturbed Children with Previously Identified and Unsuspected Language Impairments*, *Journal of Children Psychology and Psychiatry*, 39, 6: 865–877.
- Cook T., Greenberg M.T., Kusche C.A. (1994), *The relation between emotional understanding, intellectual functioning, and disruptive behavior problems in elementary school-aged children*, *Journal of Abnormal Psychology*, 22: 205–219.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*; <http://www.dsm5.org>.
- Eden G.F., Vaidya Ch.J. (2008), *ADHD and Developmental Dyslexia. Two Pathways Leading to Impaired Learning*, *Annals of the New York Academy of Sciences* 1145: 316–327. DOI: 10.1196/annals.1416.022.
- Geurts H.M., Embrechts M. (2008), *Language Profiles in ASD, SLI, and ADHD*, *Journal of autism and developmental disorders*, 38: 1931–1943. DOI: 10.1007/s10803-008-0587-1.
- Giddan J.J. (1991), *Communication Issues in Attention -Deficit Hyperactivity Disorder*, *Child Psychiatry and Human Development*, 1, 45: 45–51.
- Goodman D.W. (2010), *Czarna księga ADHD*, *Psychiatria po Dyplomie*, 4,3: 12–16, 18–26, 28–32.
- Goodman R., Scott S. (2000), *Psychiatria dzieci i młodzieży*, Urban & Partner, Wrocław.
- Greenberg M.T., Snell J.L (1999), *Rozwój mózgu a rozwój emocjonalny. Rola nauczania w kształtowaniu płata czołowego* [w:] Salovey P., Sluyer D.J. (red.), *Rozwój emocjonalny a inteligencja emocjonalna*, Rebis, Poznań, 167–220.
- Hawkins E., Gathercole S., Astle D., The Calm Team and Holmes J. (2016), *Language Problems and ADHD Symptoms: How Specific Are the Links?*, *Brain Science*, 6, 50: 1–17. DOI :10.3390?brainsci6040050.
- Januszczak K. (2014/2015), *Sprawności dialogowe dzieci z opóźnionym rozwojem mowy*, *Biuletyn Logopedyczny*, 1–2(28–29): 9–22.
- Januszewska E., Januszewska I. (2016), *ADHD a problem dysleksji u dzieci w wieku szkolnym*, *Rocznik Filozoficzny Ignatianum*, XXII, 2: 52–74.

- Jędrzejowska N., Borkowska A.R. (2011), „Prawopółkulowa” komunikacja językowa a funkcjonowanie intelektualne u dzieci z ADHD, *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 11(2): 72–82.
- Kajka N. (2018), *Trudności w nauce czytania i pisania dzieci z ADHD*, Szkoła Specjalna, 3: 212–218.
- Kołąkowski A. (2013), *Zaburzenia zachowania a zespół nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD)* [w:] A. Kołąkowski (red.), *Zaburzenia zachowania u dzieci. Teoria i praktyka*, GWP, Sopot, 64–77.
- Kołąkowski A., Wolańczyk T., Pisula A., Skotnicka M., Bryńska A., (2007), *ADHD – zespół nadpobudliwości psychoruchowej*, GWP, Gdańsk.
- Krasowicz-Kupis G. (2016), *Psychologia dysleksji*, PWN, Warszawa.
- Kurcz I. (2000), *Psychologia języka i komunikacji*, Wydawnictwo Scholar, Warszawa.
- Lamm O., Epstein R. (2001), *Specific Reading Impairments – Are They to Be Associated with Emotional Difficulties*, *Journal of Learning Disabilities*, 25, 2: 605–613.
- Leonard L.B. (2006), *SLI – specyficzne zaburzenie rozwoju językowego. O dzieciach, które nie potrafią mówić*, GWP, Gdańsk.
- Leonard M.A., Milich R., Larch E.P. (2011), *The Role of Pragmatic Language Use in Mediating the Relation Between Hyperactivity and Inattention and Social Skills Problem*, *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 54: 567–579.
- Nixon E. (2001), *The Social Competence of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Review of the Literature*, *Child Psychology and Psychiatry Review*, 6, 2: 172–180.
- Olbromska M., Putko A. (2014), *Percepcyjny i kognitywny komponent teorii umysłu u dzieci z ADHD – przegląd badań*, *Psychologia Rozwojowa*, 19, 2: 33–48. DOI: 10.4467/20843879PR.14.010.2288.
- Pisecco St., Barker D.B., Silva Ph.A., Brooke M. (2001), *Boys with Reading Disabilities and/or ADHD Distinction in Early Childhood*, *Journal of Learning Disabilities*, 34, 2: 98–107.
- Popielarska A., Popielarska M. (red.) (2000), *Psychiatria wieku rozwojowego*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Powell L.A., Parker J., Weighall A., Harpin V. (2021), *Psychoeducation Intervention Effectiveness to Improve Social Skills in Young People with ADHD: A Meta- Analysis*, *Journal of Attention Disorders*, 1–18. DOI: 10.1177/1087054721997553.
- Redmond S.M. (2016), *Language Impairment in the Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder Context*, *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 59: 133–142.
- Redmond S.M., Ash A.C., Hogan T.P. (2015), *Consequences of Co-occurring Attention – Deficit/Hyperactivity Disorder on Children’s Language Impairment*, *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 46: 68–80.
- Redmond S.M., Thompson H.L., Goldstein S. (2011), *Psycholinguistic Profiling Differentiates Specific Language Impairment From Typical Development Attention- Deficit? Hyperactivity Disorder*, *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 54: 99–117.
- Sadowska L. (2008), *Problemy medyczne i psychospołeczne dzieci z nadpobudliwością psychoruchową z deficytem uwagi (ADHD) w świetle współczesnych badań naukowych*, *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*, 2: 179–182.
- Safwat R.F., Hamid A.A., Salam A.A., Amin O.R., Mostafa A., Hamed H. (2013), *Pragmatic Skills in Attention- Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)*, *Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*, 50: 61–66.

- Świącicka M. (2003), *Specyfika relacji społecznych dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej w świetle doświadczeń psychoterapeuty*, Zeszyty Sekcji Psychologii Klinicznej Dziecka Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, 1: 61–68.
- Tiffin-Richards M.C., Hasselhom M., Woerner W., Banashewski T., Rothenberger A. (2001), *Co-occurrence of Attentional Deficit Disorder and Dyslexia- Doubts on a Pure Addition of Executive Function Disorder and Language Processing Deficits* (zasoby internetu 2001).
- Wojnarska A. (2005), *Nadpobudliwość psychoruchowa a dysleksja rozwojowa – problemy diagnostyczne* [w:] S. Guz, J. Andrzejewska (red.), *Wybrane problemy edukacji dzieci w przedszkolu i szkole*, Wydawnictwo UMCS, Lublin, 29–39.
- Wojnarska A. (2019), *Nieprzystosowanie społeczne osob dorosłych z ADHD – Aspekty diagnostyczne*, *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*, 38, 2: 89–109. DOI: 10.17951/lrp.2019.38.2.
- Yew S.G.K., O’Kearney R. (2013), *Emotional and behavioural outcomes later in childhood and adolescence for children with specific language impairments: meta-analyses of controlled prospective studies*, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 54, 5: 516–524. DOI: 10.1111/jcpp.12009.