



Zaburzenia z deficytem uwagi i nadaktywnością a proces resocjalizacji

Aleksandra Gomola, Aleksandra Orlińska

Słowa kluczowe

neuroróżnorodność, resocjalizacja, dzieci i młodzież, przestępczość

Kontakt

Aleksandra Gomola
Absolwentka, Wydział Nauk Społecznych
Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach
ORCID ID: 0000-0002-9760-2766
gomola420@gmail.com

Aleksandra Orlińska
Absolwentka, Wydział Nauk Społecznych
Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach
ORCID ID: 0000-0003-2170-2071
olaorlin13@gmail.com

Abstrakt

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie zagadnień związanych z neuroróżnorodnością, a konkretnie z zaburzeniami z deficytem uwagi i nadaktywnością w procesie resocjalizacji. Praca przedstawia ujęcia definicyjne najważniejszych pojęć związanych z tematem, kryteria diagnostyczne tego zaburzenia według różnych klasyfikacji chorób oraz sposoby terapii. Dodatkowo praca ujmuje problem przestępczości osób dotkniętych zaburzeniami z deficytem uwagi i nadaktywnością oraz problem marginalizacji i stygmatyzacji tychże osób ze względu na ich atypowość.

1. Wprowadzenie

Aby mówić o tym, czym jest neuroróżnorodność, należy zacząć od samego pojęcia różnorodności. Jest to pojęcie stosowane od wielu lat, kojarzone przede wszystkim z odmiennością rasową, etniczną czy tożsamościową. Obecnie jest to pojęcie niezwykle ważne w kontekście praw człowieka – wiele mówi się o tym, że powinniśmy akceptować różnorodność społeczną (Sokół, 2017).

Przechodząc do pojęcia neuroróżnorodności – które jest tematem tej pracy – uznać można, że w przeciwieństwie do samej różnorod-

ności jest to pojęcie stosunkowo nowe. Pojęcie to wskazywać ma na różnice w konstrukcji mózgu człowieka. Kiedyś uważano niektóre formy funkcjonowania człowieka za odstępstwo od normy czy chorobę – co miało negatywny wydźwięk, a dzisiaj wskazuje się na to, że mimo innego funkcjonowania mózgu jakiejś osoby, jest ona taka sama jak reszta społeczeństwa – nie jest to osoba w żaden sposób gorsza od innych.

Powiedzieć można, że neuroróżnorodność dotyczy wszystkich ludzi i wskazuje na różnice neurologiczne, jakie są między nami. Jak mówi Joanna Ziemna (Ziemna, 2000. str. 115-122) „*Pierwotnie neuroatypowość dotyczyła zaburzeń w rodzaju spektrum autyzmu (które w miarę rozwoju dyscypliny zastąpiło podział na autyzm i Aspergera), ADHD, trudności w uczeniu się (jak dysleksja) i tym podobne; aktualnie określa też osoby dotknięte chorobami psychicznymi, traumą i wszystkimi innymi przeżyciami zmieniającymi funkcjonowanie mózgu*” (Ziemna, 2000).

Neuroróżnorodność stanowi ważny element różnorodności społecznej. Wskazuje ono na to, jak bardzo różni się w postrzeganiu i odczuwaniu wszystkiego, co nas otacza. Różnice te wcale nie muszą być nacechowane negatywnie, są bowiem wyrazem naturalnego zróżnicowania ludzkiego umysłu. W klasyfikacji ICD-11 znajdują się następujące zaburzenia neurorozwojowe (Gaebel, Zielasek, Reed, 2017):

- zaburzenia rozwoju intelektualnego,
- zaburzenia rozwoju mowy i zaburzenia językowe,
- zaburzenia ze spektrum autyzmu,
- zaburzenia rozwojowe dotyczące uczenia się,
- zaburzenia rozwojowe dotyczące koordynacji ruchowej,
- przewlekłe zaburzenia ruchowe dotyczące tików,
- zespół nadpobudliwości z deficytem uwagi,
- stereotypie ruchowe,
- zaburzenia neurorozwojowe spowodowane używaniem alkoholu przez rodzica.

Zaburzenia neurorozwojowe swój początek mają zazwyczaj w okresie rozwoju, na jego wczesnym etapie. Często ma to miejsce w wieku przedszkolnym. Dla jednostek z takimi zaburzeniami charaktery-

styczny jest rozwój deficytów, które prowadzą do zakłóceń w funkcjonowaniu w obszarze życia osobistego, społecznego, szkolnego i zawodowego. Zakres deficytów może różnić się u poszczególnych jednostek. Od cząstkowych ograniczeń w uczeniu się po całkowite trudności w zakresie umiejętności społecznych lub integracyjnych. Zaburzenia neurorozwojowe często współwystępują ze sobą. Przykładem jest spektrum zaburzenia autystycznego, które nierzadko występuje w parze z niepełnosprawnością intelektualną (Gałecki i in., 2018).

Jak widać w powyższych definicjach zagadnienie neuroróżnorodności jest niezwykle szerokie i dotyczy wielu zaburzeń. W tej pracy skupiono się na zaburzeniach z deficytem uwagi i nadaktywnością, które kiedyś były znane jako zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi (ADHD). Zalicza się ono do zaburzeń neurorozwojowych, dla których charakterystyczny jest upośledzony poziom nieuwagi, dezorganizacja funkcjonowania, a także nadaktywność i impulsywność (Gałecki i in., 2018). Zaburzenia z deficytem uwagi i nadaktywnością są zaburzeniami przewlekłymi, ich objawy nie ustępują mimowolnie, mogą występować przez całe życie. Zaburzenia z deficytem uwagi i nadaktywnością definiowane są jako zespół nadpobudliwości psychoruchowej, a więc zespół hiperkinetyczny, który jest schorzeniem o specyficznych objawach i wymagającym odpowiedniego leczenia. (Jaszczyszyn, Szada-Boryszkowska, 2010).

2. Klasyfikacja i diagnoza

Warto także zwrócić uwagę na to, w jaki sposób klasyfikacje chorób stosowane w diagnozie definiują to schorzenie. Wcześniejsze klasyfikacje chorób określały to schorzenie właśnie jako zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi, natomiast klasyfikacja ICD-11 wydana w 2022 roku wprowadza pojęcie zaburzenia z deficytem uwagi i nadaktywnością. Odwołamy się do trzech klasyfikacji, w których opisane jest kluczowe zaburzenie. Pierwsza z klasyfikacji to DSM-IV wydana w roku 1994, druga to klasyfikacja DSM-V z roku 2013, a trzecia to najnowsza klasyfikacja ICD-11. Odwołujemy się do nich, po to, by po-

równać definicje omawianego zaburzenia. Zgodnie z klasyfikacją DSM-IV, aby zdiagnozować ADHD, konieczne jest zdiagnozowanie 6 z 9 zaburzeń koncentracji uwagi i/lub 6 z 9 zaburzeń z objawów nadruchliwości – impulsywności. Przygotowane zostały specjalne listy, które wskazują na takie objawy. Dodatkowo objawy te muszą powodować utrudnienia w funkcjonowaniu jednostki i odbiegać od normy charakterystycznej dla danej kategorii wiekowej. Zgodnie z klasyfikacją DSM-IV wyróżnić można 3 kategorie osób z ADHD: podtyp z dominującym brakiem koncentracji uwagi, podtyp z dominującą nadpobudliwością psychoruchową oraz podtyp mieszany. (Opora, 2011) DSM-V posiada właściwie te same kryteria diagnozy co DSM-IV, jednak znaleźć można różnicę w nazewnictwie podtypów, wyróżnia się: podtyp z przewagą zaburzeń koncentracji uwagi, podtyp z przewagą nadruchliwości i nadmiernej impulsywności oraz typ mieszany. (Januszczyńska i Januszkiewicz, 2016) Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi odznacza się zbyt dużą pobudliwością w sferze emocjonalnej, poznawczej i ruchowej. Powodują one zaburzenie w prawidłowym funkcjonowaniu dziecka i w życiu codziennym. Objawami tych zaburzeń są nadmierna impulsywność, nadruchliwość i zaburzenia koncentracji uwagi. (Jaszczyńska, Szada-Boryszkowska, 2010). Muszą one występować w co najmniej dwóch środowiskach (np. dom i szkoła), utrzymywać się przynajmniej sześć miesięcy i pojawić przed siódmym rokiem życia (Opora, 2011). Nadmierna impulsywność to, np. częste wtrącanie się w rozmowę innych osób, nieumyślne i przypadkowe niszczenie przedmiotów, brak umiejętności planowania przyszłych działań. Nadruchliwość to trudności w pozostaniu na swoim miejscu, ciągłe wiercenie się, gadatliwość. Zaburzenia koncentracji uwagi objawiają się poprzez zbyt krótki czas skupienia uwagi na czynności lub przedmiocie, łatwe rozpraszenie się przy obecności zewnętrznych bodźców, trudności w wykonywaniu długotrwałej pracy nad danym zadaniem, zapominanie rzeczy, a także błyskawiczna realizacja jakiegoś pomysłu, bez przemyślenia strategii postępowania (Jaszczyńska, Szada-Boryszkowska, 2010).

Jeżeli chodzi o proces diagnozowania, to diagnoza zaburzeń z deficytem uwagi i nadaktywnością nie należy do szybkich i łatwych. Wymaga ona obserwacji jednostki i doświadczenia badającego. Nie ma badania laboratoryjnego, które potwierdzałoby występowanie tego zaburzenia. Ważnym elementem diagnozy jest wywiad z rodzicami,

który dotyczy przebiegu ciąży i porodu, rozwoju jednostki, jej kontaktu z rówieśnikami, problemów szkolnych i sposobu, w jaki spędza czas wolny. Badacz zapoznaje się również z opinią nauczycieli i wychowawcy. Następnie przechodzi do obserwacji samej jednostki, rozmowy z nią w obecności oraz bez obecności rodziców. Umożliwia to zebranie informacji na temat stanu psychicznego oraz spostrzeżeń dotyczących sposobu zachowania się dziecka w sytuacji braku nadzoru rodzicielskiego. Narzędziami do badania zaburzeń z deficytem uwagi i nadaktywnością są skale i kwestionariusze diagnostyczne, dedykowane nauczycielom i rodzicom, testy psychologiczne służące ocenie inteligencji dziecka, zdolności jego reakcji, motoryki, a także jego zdolności rozwiązywania problemów. Do badań wykonywanych dodatkowo zalicza się badania pediatryczne i neurologiczne, a także te, które oceniają funkcjonowanie narządów zmysłów (Jaszczyszyn, Szada-Boryszkowska, 2010).

3. Konsekwencje braku pomocy

Jeżeli dziecko z zaburzeniami z deficytem uwagi i nadaktywnością nie otrzyma odpowiedniej i specjalistycznej pomocy, może doprowadzić to do negatywnych konsekwencji psychospołecznych. Osoby z takimi zaburzeniami częściej przejawiają zachowania agresywne, doświadczają niepowodzeń szkolnych, łamią normy społeczne i prawne, a także niejednokrotnie sięgają po środki odurzające. Niedostosowanie społeczne u takich jednostek może stopniowo ewoluować, czyli na początku (we wczesnym dzieciństwie) obserwuje się występowanie zachowań opozycyjno-buntowniczych, a następnie, jeżeli nie zostaną podjęte odpowiednie kroki, dochodzi do zaburzeń zachowania. Kolejnym następstwem jest niedostosowanie społeczne, zaś końcowym - przestępczość nieletnich (Opora, 2011).

Jednostki, u których występują zaburzenia z deficytem uwagi i nadaktywnością, narażone są na współwystępowanie innych zaburzeń, takich jak zaburzenia lękowe czy zaburzenia zachowania. Spora część tych jednostek przejawia skłonność do buntu, agresji i uporu. W sytuacji, gdy symptomy te utrzymują się przez dłuższy czas, diagnozuje się zaburzenia opozycyjno-buntownicze. Dla dzieci z takimi zaburzeniami charakterystyczne jest kwestionowanie autory-

tetów, a także nieposłuszeństwo wobec rodziców i nauczycieli. Często łamią ustalone wcześniej reguły i sprzeciwiają się panującym normom. Obecność zachowań opozycyjno-buntowniczych powoduje, że jednostka częściej reaguje lękiem i obniżonym poczuciem nastroju. Współwystępowanie zaburzeń z deficytem uwagi i nadaktywnością z zaburzeniami opozycyjno-buntowniczymi sprawia wiele kłopotów wychowawczych. Trudno wtedy rozróżnić, kiedy jednostka celowo łamie przyjęte reguły, a kiedy robi to nieświadomie i niecelowo. Dzieci, które zmagają się z zaburzeniami z deficytem uwagi i nadaktywnością, a także z zaburzeniami zachowania, zazwyczaj sprawiają wychowawcom czy rodzicom jeszcze większe problemy. Dzieci te mają skłonność do łamania wszelkich norm, zarówno tych społeczno-obyczajowych, jak i prawnych. Praca z takimi dziećmi wymaga ogromnych nakładów cierpliwości. Jednostki z zaburzeniami z deficytem uwagi i nadaktywnością mają także trudności o charakterze interpersonalnym, borykają się z problemami w relacji z rodzicami. Ich opiekunom nierzadko towarzyszy frustracja, niepokój i zdenerwowanie. Ma to zazwyczaj swoje źródło w metodach wychowawczych, które sprawdzają się w pracy z innymi dziećmi, a zawodzą w odniesieniu do własnego dziecka. Rodzice nieraz mają wrażenie, że ich wychowanek nie dostrzega konsekwencji swojego niepoprawnego zachowania i nie reaguje na stosowane wobec niego kary (Opora, 2011).

Warto zwrócić także uwagę na statystyki. Publikacja z 2018 roku pt. „ADHD – plaga XXI wieku?” przytacza statystyki dotyczące występowania omawianego zaburzenia. Około 3-10% dzieci w wieku szkolnym jest dotkniętych tym zaburzeniem – częściej są to chłopcy (co wynika z uwarunkowań hormonalnych i genetycznych). (Gaidamowicz i in., 2018) Badania Roberta Opory pokazują, że 25% osób w wieku 13 lat objętych dozorem kuratora posiada zaburzenia uwagi w przedziale klinicznym. (Opora, 2011) Niniejsza praca skupia się przede wszystkim na dzieciach i młodzieży, ale w ramach ciekawostki pragniemy jeszcze przytoczyć krótkie statystyki dotyczące osób dorosłych. Ogólnie 4-5% dorosłych jest dotkniętych zaburzeniami z deficytem uwagi i nadaktywnością. (Gaidamowicz i in., 2018) Natomiast międzynarodowe badania pokazują, że aż u 71% osób popełniających przestępstwa w dzieciństwie rozpoznano objawy ADHD, a utrzymywanie się tych objawów w życiu dorosłym odnotowuje się u 45% więźniów. Dodatkowo u osób z ADHD często wystę-

pują takie zaburzenia jak: zaburzenia zachowania, zaburzenia opozycyjno-buntownicze, osobowość antyspołeczna czy uzależnienie od alkoholu i narkotyków. (Wojnarska, 2019)

4. Istota resocjalizacji

Niezbędne w kontekście opisywanego tematu jest wyjaśnienie tego, czym w ogóle jest resocjalizacja oraz jaki ma ona cel. Bardzo ważne w resocjalizacji jest to, że jest ona dziedziną naukową, która czerpie z wielu innych dziedzin – konieczne są działania wielu różnych specjalistów, by była ona efektywna. Jak mówi Justyna Kopczyńska – Wisz: *„Resocjalizacja jest procesem powtórnej socjalizacji osób niedostosowanych społecznie, a więc przyjęcia przez nie takiego stylu życia, który nie narusza norm prawnych i moralnych powszechnie uznanych i akceptowanych przez społeczeństwo.”* (Kopczyńska-Wisz, 2019).

Jak widać na przykładzie podanej powyżej definicji, resocjalizacja jest procesem. Pojęcie to jest niezwykle ważne w resocjalizacji, ponieważ zmiana, która jest celem działań podejmowanych przez specjalistów, nie nadchodzi z dnia na dzień – wymaga ona wielu tygodni, miesięcy czy nawet lat pracy. Proces resocjalizacji jest niezwykle złożony i wieloetapowy, co wymaga czasu oraz dużego nakładu pracy na wielu różnych płaszczyznach.

Robert Opora zwraca także uwagę na fakt, że pedagog resocjalizacyjny w pracy ze swoimi wychowankami powinien „kształtować prospołeczne umiejętności nieletnich”. (Opora, 2010). Aspekt ten jest niezwykle istotny, ponieważ nie można mówić o procesie wtórnej socjalizacji, jeśli nie socjalizuje się wychowanków. Koniecznym jest wprowadzanie wychowanków do społeczeństwa i kręgów funkcjonujących w sposób prawidłowy. Całkowite izolowanie podopiecznych od społeczeństwa może przynieść wręcz odwrotny efekt do zamierzonego, dlatego niezwykle ważne jest to, by wychowawca uczył wychowanków, w jaki sposób prawidłowo funkcjonować w społeczeństwie, a dodatkowo powinien swoich podopiecznych do tego społeczeństwa wprowadzać.

Resocjalizacja jest zarówno dziedziną teoretyczną jak i praktyczną – jedno nie może tu istnieć bez drugiego. Istnieje wiele różnych

teorii niedostosowania społecznego i postępowania w jego przypadku. Terminologia tej dziedziny także jest bardzo szeroka, jednak cała metodyka resocjalizacji opiera się właśnie na tej teorii. Metodyka natomiast skupia się na tym, jak powinien pracować pedagog. Czerpiący z teorii praktycy próbują odnaleźć najlepsze i najskuteczniejsze metody pracy z wychowankami niedostosowanymi społecznie. (Opora, 2010).

5. Sposoby pracy i resocjalizacji osób z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi

Ważnym pytaniem, jakie się nasuwa w kontekście przytoczonego problemu, jest to w jaki sposób radzić sobie z niedostosowaniem społecznym i przestępczością wśród nieletnich z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi. Najlepsze byłoby oczywiście niedopuszczenie do rozwoju zaburzeń zachowania, czyli interwencja już na etapie pojawienia się zachowań opozycyjno-buntowniczych. W tym momencie praca powinna skupiać się na impulsywności oraz słabych umiejętnościach organizacyjnych. Praca w tym obszarze może zablokować wystąpienie poważniejszych zaburzeń. Wspomniane wcześniej badania R. Opory wskazują także, że u osób, u których w czasie pracy z kuratorem obniżyła się ilość objawów ADHD zmniejszył się także poziom zachowań niedostosowanych i przestępczych. (Opora, 2011) Jednostka posiadająca zaburzenia z deficytem uwagi i nadaktywnością powinna zostać objęta indywidualną terapią, a także psychoterapią z udziałem rodziny. Jednostce należy zapewnić odpowiednie warunki do codziennego funkcjonowania w szkole i w domu. Głównym celem działań terapeutycznych jest zaakceptowanie odmienności zachowania jednostki przez nią samą, a także przez jej bliskich, zaakceptowanie jej jako faktu, a nie wiecznej uciążliwości. Dziecko posiadające zaburzenia z deficytem uwagi i nadaktywności powinno przebywać w spokojnej atmosferze i w poczuciu akceptacji. Dorosły w kontaktach z taką jednostką powinien umieć kontrolować swoje emocje, nie powinien reagować gwałtownie i wybuchowo. (Jaszczyszyn, Szada-Boryszkowska, 2010)

Nierzadko osoby z zaburzeniami z deficytem uwagi i nadaktywnością, w konsekwencji swoich niezgodnych z prawem zachowań, trafiają do młodzieżowych ośrodków wychowawczych lub zakładów poprawczych. Zakłady poprawcze dzielą się na zakłady resocjalizacyjne o charakterze otwartym, półotwartym, zamkniętym i o wzmożonym nadzorze wychowawczym, następnie zakłady resocjalizacyjno-rewalidacyjne oraz zakłady resocjalizacyjno-terapeutyczne. Głównymi celami zakładów poprawczych są: resocjalizacja nieletnich, która ma dążyć do zmiany ich postaw w społecznie pożądanym kierunku i zapewniać im prawidłowy rozwój osobowości, kształtowanie pozytywnych zainteresowań, motywacji, odpowiedniego systemu wartości i przestrzegania ustalonych zasad współżycia społecznego. Podejmowane działania wychowawcze przybierają postać nauczania, wychowania, przygotowania do zawodu i organizacji czasu wolnego. (Drapała, 2012):

Podstawą organizacji pracy z wychowankami w zakładach poprawczych jest roczny plan pracy. Opracowuje go dyrektor placówki wraz z radą pedagogiczną. Dokument ten uwzględnia pomoc oferowaną wychowankowi i jego rodzicom w zakresie psychologiczno-pedagogicznym i psychiatrycznym. Wychowanek, podczas pobytu w placówce, ma zagwarantowany dostęp m.in. do zajęć o charakterze psychoedukacyjnym, korekcyjnym, rewalidacyjnym, wyrównawczym i socjoterapeutycznym. Wychowankom i ich rodzicom udzielane są porady i konsultacje, a w razie wystąpienia kryzysów i zagrożeń prowadzone są działania mediacyjne i interwencyjne. W placówce oferowane są różnorodne formy spędzenia czasu wolnego w sposób społecznie akceptowany (Drapała, 2012).

Badania przeprowadzone przez Andrzeja Chudnickiego (2019, s. 177- 188), których celem było określenie relacji między zaburzeniami z deficytem uwagi i nadaktywnością, a wskaźnikami wykolejenia u nieletnich poddanych procesowi resocjalizacji, wykazały, że nasilenie symptomów zaburzeń z deficytem uwagi i nadaktywnością występuje znacznie częściej i w większym nasileniu w grupie osób, przebywających w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych niż w grupie porównawczej. Z badań tych wynika również, że im bardziej są nasilone objawy zaburzeń z deficytem uwagi i nadaktywnością, tym wyższy jest poziom wykolejenia społecznego i skłonności do zachowań agresywnych. Maleje stosunek względem norm przyjętych przez społeczeństwo, a ustosunkowania interpersonalne sta-

ją się wadliwe. Nasilenie symptomów zaburzeń z deficytem uwagi i nadaktywnością idzie w parze z negatywnymi wzorcami myślenia i postawą wobec zachowań agresywnych. Z badań wynika także, że placówki resocjalizacyjne nie są zbyt skuteczne w zmniejszaniu objawów zaburzeń z deficytem uwagi i nadaktywnością. Wyniki przeprowadzonych badań sugerują, że nasilenie objawów tych zaburzeń sprzyja rozwijaniu się kariery przestępczej.

Jeśli chodzi o sam proces resocjalizacji osób z zaburzeniami z deficytem uwagi i nadaktywnością to, mimo że zgodnie z założeniem koncepcji neuroróżnorodności są to osoby takie same jak reszta społeczeństwa, wymagają specjalistycznych oddziaływań terapeutycznych. Odpowiednia pomoc nakierowana na pokonywanie trudności związanych z występowaniem ADHD powinna zdecydowanie przyczynić się do spadku zachowań agresywnych. (Opora, 2011) Powyższe informacje nasuwają wniosek, że działania stosowane w celu niedopuszczenia do zaburzeń zachowania i działania terapeutyczne już na etapie niedostosowania społecznego mają dążyć do tego samego – obniżenia impulsywności dziecka czy nastolatka, a tym samym do niedopuszczania do zachowań agresywnych i przestępczych.

Działania terapeutyczne, jakie mogą być stosowane w stosunku do dzieci z zaburzeniami z deficytem uwagi i nadaktywności, to między innymi (Jaszczyszyn, Szada-Boryszkowska, 2010):

- terapia przez ruch,
- metody relaksacyjne,
- arteterapia (np. muzykoterapia, dramatoterapia),
- metody integracji sensomotorycznej,
- metody z zakresu terapii pedagogicznej,
- metody i techniki socjoterapeutyczne.

W czasie pracy z dziećmi z zaburzeniami z deficytem uwagi i nadaktywnością należy pamiętać, by wydawane polecenia były formułowane w sposób zrozumiały i najlepiej, by składały się z krótkich twierdzeń. Bardzo wartościowe jest zaangażowanie całej rodziny w ten proces, a także połączenie środków nefarmakologicznych z farmakologicznymi. Dzieci z zaburzeniami z deficytem uwagi i nadaktywnością powinny pracować z odpowiednio wykwalifikowa-

nymi osobami, które posiadają duże zasoby kreatywności i cierpliwości. Praca z takimi dziećmi wymaga częstej zmiany form pracy, które stale aktywizują jednostkę. Nauczyciel pracujący z dzieckiem posiadającym zaburzenia z deficytem uwagi i nadaktywnością powinien cechować się otwartością na poznawanie nowych strategii i technik nauczania. Musi być energiczny i zaangażowany oraz zainteresowany swoją pracą. Zaburzenie to nierzadko wymaga specjalistycznych interwencji, ponieważ nie jest ono wynikiem lenistwa, braku gotowości szkolnej czy zaniedbań rodziców (Opora, 2011).

Należy zwrócić uwagę także na społeczne konsekwencje schożenia i braku terapii. Często jednostka, która posiada zaburzenia z deficytem uwagi i nadaktywnością, staje się ofiarą stygmatyzacji. Powtarzające się porażki, pomyłki i negatywne etykietowanie mogą prowadzić do problemów z postrzeganiem samego siebie i samooceną, obniżonym poczuciem własnej wartości i oskarżaniem samego siebie. Skutkuje to łatwiejszym poddawaniem się wpływom i manipulacji, zwłaszcza w okresie adolescencji. Jednostka, chcąc zdobyć akceptację i uznanie w grupie, łatwo ulega negatywnym wpływom. Osoby z zaburzeniami z deficytem uwagi i nadaktywnością mają trudności w podejmowaniu właściwych decyzji oraz dostosowaniem się do przyjętych norm (Budziałowska, 2014).

Można zatem dojść do wniosku, że wspólna resocjalizacja osób, które przejawiają różne stopnie wykolejenia społecznego, zmniejsza skuteczność tego procesu. Przynosi to szkody osobom mniej zdemoralizowanym. Skierowanie jednostki do placówki resocjalizacyjnej powinno być wynikiem określonego stopnia wykolejenia, a także uwzględniać występowanie objawów zaburzeń z deficytem uwagi i nadaktywnością (Chudnicki, 2019).

6. Refleksje końcowe

Na koniec pracy można dokonać refleksji dotyczącej tematu. Zagadnienie neuroróżnorodności jest niezwykle szerokie i nie sposób je krótko opisać – poruszenie większej ilości zagadnień związanych z osobami atypowymi w tej pracy byłoby po prostu niemożliwe. Problem występowania zaburzeń opozycyjno-buntowniczych, zaburzeń

zachowania i przestępczości wśród osób dotkniętych syndromem zaburzeń z deficytem uwagi i nadaktywnością jest poważny. Jak pokazują statystyki, wielka grupa osób osadzonych to osoby mające objawy tego zaburzenia albo osoby, u których objawy takie występowały w dzieciństwie. Uważamy, że ważna jest tutaj profilaktyka, która powinna polegać na prowadzeniu terapii wśród dzieci dotkniętych zaburzeniami z deficytem uwagi i nadaktywnością. Dzieci mogłyby uczestniczyć w wielu różnych aktywnościach, jednak obserwować można w społeczeństwie to, że rodzice często ignorują problem. Nie zauważają, że u dziecka występują jakieś problemy, w związku z czym dziecko nie ma możliwości rozładowania swojej energii. Problem ten wynika najprawdopodobniej z braku świadomości społeczeństwa na temat tego zaburzenia. Potwierdzenie przynoszą opinie wyrażane w dyskusjach prowadzonych na forach internetowych wśród których można znaleźć następujące komentarze: ADHD i inne zaburzenia są wymysłem dzisiejszych czasów, kiedyś tego nie było, wszystkiemu winne jest bezstresowe wychowanie, dzieci robią, co chcą, a kiedyś dzieci dostawały klapsy za złe zachowanie i wtedy panowała dyscyplina. Niestety, komentarzy tego typu można znaleźć wiele, a przekrój wiekowy osób wyrażających taką opinię jest naprawdę szeroki. Ludzie nie zdają sobie sprawy z tego, jak funkcjonują dzieci z zaburzeniami, a krzyk i przemoc niczego nie działają (dotyczy to nie tylko dzieci atypowych, ale także neurotypowych).

Kolejnym aspektem, jaki analizowaliśmy w czasie pisania pracy, jest właśnie brak świadomości społeczeństwa, o którym wspomnieliśmy już wcześniej. Przydałoby się więcej kampanii społecznych, które wyjaśniałyby, co czują dzieci z różnorodnymi zaburzeniami. Osoby nieneurotypowe otaczają nas i żyją wśród nas, a brak wiedzy na temat tego, z czym się borykają, jest w naszym odczuciu lekką ignorancją. Mimo tego, że mówi się o równości takich osób z osobami neurotypowymi, ciągle dochodzi do marginalizacji osób atypowych.

Bibliografia

- Budziałowska, K. (2014). *Naznaczanie społeczne osób ze zdiagnozowanym zespołem ADHD: socjologiczne studium teoretyczno-empiryczne*. Praca doktorska. Katowice: Uniwersytet Śląski.
- Chudnicki, A. (2019). *Skuteczność resocjalizacji nieletnich z objawami ADHD*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.

- Drapała, K. (2012).** *Programy oddziaływania resocjalizacyjnego w zakładach poprawczych*. Warszawa: Instytut Wymiaru Sprawiedliwości.
- Gaebel, W., Zielasek, J., Reed, G. (2017).** *Zaburzenia psychiczne i behawioralne w ICD-11: koncepcje, metodologie oraz obecny status*. *Psychiatria Polska*, 51(2), s. 169-195. DOI: 69666.
- Gaidamowicz R., Deksnyte A., Palinauskaite K., Aranauskas R., Kasiulecicius V., Sapoka V., Aranauskas L. (2018)** *ADHD – plaga XXI wieku?* *Psychiatria Polska*;52(2),s.287-307, dostęp:http://psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_2_2018/287Gaidamowicz_PsychiatrPol2018v52i2.pdf
- Gałecki, P i in. (red.). (2018).** *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych*. Wydanie piąte. Wrocław: Edra.
- Jaszczyn, E., Szada-Boryszkowska, J. (red.). (2010).** *Edukacja dziecka – mity i fakty*. Białystok: Wydawnictwo Uniwersyteckie Trans Humana.
- Januszewska E. i Januszewski A. (2016)** *Nadpobudliwość psychoruchowa – kryteria diagnostyczne, przebieg i trudności na różnych etapach rozwoju*, *Rocznik Filozoficzny Ignatianum*, XXII/ 2, str. 28-51
- Kopczyńska-Wisz J. (2019)** *Współczesne problemy resocjalizacji*, *Roczniki Pedagogiczne Tom 11(47)*, str. 257-270
- Opora R. (2011)** *Zaburzenia uwagi a niedostosowanie społeczne*, *Resocjalizacja Polska*, 2, str. 275-286, [https://bazhum.muzhp.pl/media/files/Resocjalizacja_Polska_\(Polish_Journal_of_Social_Rehabilitation\)/Resocjalizacja_Polska_\(Polish_Journal_of_Social_Rehabilitation\)-r2011-t2/Resocjalizacja_Polska_\(Polish_Journal_of_Social_Rehabilitation\)-r2011-t2-s275-286/Resocjalizacja_Polska_\(Polish_Journal_of_Social_Rehabilitation\)-r2011-t2-s275-286.pdf](https://bazhum.muzhp.pl/media/files/Resocjalizacja_Polska_(Polish_Journal_of_Social_Rehabilitation)/Resocjalizacja_Polska_(Polish_Journal_of_Social_Rehabilitation)-r2011-t2/Resocjalizacja_Polska_(Polish_Journal_of_Social_Rehabilitation)-r2011-t2-s275-286/Resocjalizacja_Polska_(Polish_Journal_of_Social_Rehabilitation)-r2011-t2-s275-286.pdf)
- Opora R. (2010)** *Resocjalizacja, wychowanie i psychokreacja nieletnich niedostosowanych społecznie*, Wydawnictwo Impuls
- Sokół A. (2017)** *Różnorodność społeczna i przestrzenna jako warunek rozwoju efektywności sektora kreatywnego*, Praca Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu nr 489. str. 354-365, <https://www.dbc.wroc.pl/dlibra/publication/43880/edition/39383/content>
- Wojnarska A. (2019)** *Nieprzystosowani społecznie osób dorosłych z ADHD – aspekty diagnostyczne*, *Lubelski rocznik pedagogiczny*, T. XXXVIII, z. 2, str. 89-109, <https://journals.umcs.pl/lrp/article/view/8482/7369>
- Ziemna J. (2000)** *Autyzm – neuroróżnorodność a podmiotowość*, *Sensus Historiae*, Vol. XXXIX (2000/2), str. 115-122, <http://www.sensushistoriae.epigram.eu/index.php/czasopismo/article/view/545/551>

Attention deficit hyperactivity disorder in the process of social rehabilitation

Keywords

neurodiversity, rehabilitation, children and youth, delinquency

Summary

The purpose of the present paper is to present the issue of neurodiversity, concretely on Attention Deficit Disorder and overactivity in the process of rehabilitation. Research paper features definitions of the major terms related to the topic, diagnostic criteria of these disorders by different classification as well as treatment methods. Moreover it shows the problem which is delinquency of the people affected by the Deficit Disorder and overactivity and the problem of the marginalization and stigmatization of those persons due to their atypicality.

