



Marzena Szurek

<https://orcid.org/0000-0002-8134-2285>
e-mail: marzena.szurek@ignatianum.edu.pl
Uniwersytet Ignatianum w Krakowie, Polska

ADHD a zaburzenia komunikacji – standardy wczesnej diagnostyki, profilaktyki i interwencji logopedycznej

ADHD and Communication Disorders: Standards for Early Diagnosis, Prevention and Speech Therapy Intervention

KEYWORDS ABSTRACT

ADHD, communication disorders, speech therapy, preventive speech therapy, speech therapy intervention

The aim of this article is to provide a concise overview of the neurobiological mechanisms underlying communication disorders in children with ADHD and to establish standards for early diagnosis, prevention and speech and language therapy intervention. The article focuses on the relationships between cognitive and language-communication functioning in children with ADHD, and on the role of the speech and language therapist in the interdisciplinary diagnostic and therapeutic process. The issue of these relationships has been derived from a review of selected contemporary research on ADHD, whilst highlighting the role of the speech and language therapist in the process of diagnosis and therapy, as well as prevention, constitutes the main argument and practical implication of this article. The discussion covers, in turn: the characteristics of the neurobiological basis of ADHD, a description of the language and communication profile of children with this disorder, the principles of early speech and language therapy diagnosis, and approaches to prevention and therapeutic intervention.

The article emphasises that communication difficulties in ADHD are most often secondary in nature and are associated with deficits in

executive function, attention and working memory. It also highlights the frequent co-occurrence of this disorder with other developmental difficulties. The conclusions highlight the need for early, multi-faceted communication assessment, systematic preventive measures and functionally oriented therapy. Close interdisciplinary collaboration is recommended, along with the inclusion of a speech and language therapist as a key specialist in the process of supporting communicative development in children with ADHD.

SŁOWA KLUCZE

ADHD, zaburzenia komunikacji, logopedia, profilaktyka logopedyczna, interwencja logopedyczna

ABSTRAKT

Artykuł ma na celu syntetyczne przedstawienie mechanizmów neurobiologicznych zaburzeń komunikacji u dzieci z ADHD oraz określenie standardów wczesnej diagnostyki, profilaktyki i interwencji logopedycznej. Problematyka artykułu koncentruje się na zależnościach między funkcjonowaniem poznawczym i językowo-komunikacyjnym dzieci z ADHD oraz na roli logopedy w interdyscyplinarnym procesie diagnostyczno-terapeutycznym. Kwestia wspomnianych zależności wywiedziona została na podstawie przeglądu wybranych współczesnych badań na temat ADHD, natomiast wyeksponowanie roli logopedy w procesie diagnozy i terapii, ale też profilaktyki, stanowi główny postulat i implikację praktyczną tego artykułu. Wywód obejmuje kolejno: charakterystykę neurobiologicznych podstaw ADHD, opis profilu językowo-komunikacyjnego dzieci z tym zaburzeniem, założenia wczesnej diagnostyki logopedycznej oraz kierunki profilaktyki i interwencji terapeutycznej.

W artykule podkreślono, że trudności komunikacyjne w ADHD mają najczęściej charakter wtórny i są związane z deficytami funkcji wykonawczych, uwagi i pamięci operacyjnej. Wskazano także na częste współwystępowanie tego zaburzenia z innymi trudnościami rozwojowymi. Konkluzje uwyapkują konieczność wczesnej, wieloaspektowej diagnozy komunikacji, systematycznych działań profilaktycznych oraz funkcjonalnie ukierunkowanej terapii. Rekomenduje się ścisłą współpracę interdyscyplinarną oraz włączenie logopedy jako kluczowego specjalisty w proces wspierania rozwoju komunikacyjnego dzieci z ADHD.

Wprowadzenie

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (*attention-deficit/hyperactivity disorder*, ADHD) należy do najczęściej diagnozowanych zaburzeń rozwoju u dzieci w wieku szkolnym. Klasyfikacje diagnostyczne ICD-11 (2019) oraz

DSM-5 (2022) opisują ADHD jako zespół objawów obejmujących trudności w zakresie koncentracji uwagi, nadmiernej aktywności ruchowej oraz impulsywności, przy czym objawy te muszą mieć charakter trwały, ujawniać się w różnych sytuacjach i istotnie zakłócać funkcjonowanie. Baumeister i in. (2012) wskazują, że rozumienie ADHD ewoluowało od wczesnych koncepcji zakładających uszkodzenia mózgu do współczesnego ujęcia jako zaburzenia neurorozwojowego o podłożu funkcjonalnym, związanego z dysfunkcjami w obszarach mózgu odpowiedzialnych za uwagę i kontrolę zachowania (dysfunkcje kory przedczołowej oraz zaburzenia neuroprzekaznictwa dopaminergicznego i noradrenergicznego). O ADHD jako zaburzeniu genetycznym charakteryzującym się znaczną heterogenicznością obrazu klinicznego czytamy w licznych publikacjach na temat tego zagadnienia (American Psychiatric Association, 2013; Biederman i Faraone, 2005; Feldman i Reiff, 2014; Józwiak, 2025; Martinez-Badía i Martinez-Raga, 2015; Willcutt, 2012).

W ostatnich latach zaczęto kłaść większy nacisk na trudności językowe i komunikacyjne występujące u dzieci z ADHD. Ujawniają się one w strukturze i narracji, ale również w sferze pragmatycznej oraz prozodycznej, co jest bezpośrednio powiązane z deficytami uwagi i impulsywnością charakterystycznymi dla ADHD (Wojnarska, 2021). Tannock i Schachar (1996) wskazują, że trudności językowe u dzieci z ADHD mogą wynikać z deficytów funkcji wykonawczych, takich jak kontrola uwagi czy pamięć robocza, a nie z pierwotnych zaburzeń językowych. Potwierdzają to też analizy logopedyczne polskich badaczy, np. Elżbiety Szabelskiej, która podkreśla, że u dzieci z ADHD zaburzenia językowe często mają źródło w ograniczeniach w zakresie kontroli poznawczej, planowania wypowiedzi oraz monitorowania własnej aktywności językowej (Szabelska, 2020, 2022). Z perspektywy logopedy wydaje się to istotne, aby rozróżnić, co wynika bezpośrednio z mechanizmów ADHD, a co z trudności wtórnych lub współwystępujących, takich jak dysleksja czy zaburzenia przetwarzania słuchowego (Pisecco i in., 2001; Wysocka i Lipowska, 2010). Kierunek tej zależności „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” (Wojnarska, 2021, s. 18).

W tym kontekście szczególnego znaczenia nabiera wczesna diagnostyka i profilaktyka zaburzeń komunikacji u dzieci z ADHD. Rozpoznanie subtelných trudności językowych i komunikacyjnych na początkowym etapie życia pozwala na wdrożenie celowanych oddziaływań terapeutycznych, zanim trudności te utrwala się i doprowadzą do wtórnych niepowodzeń szkolnych oraz problemów społecznych. Joanna Rutkowska, pisząc o roli logopedy w diagnozowaniu zaburzeń przetwarzania słuchowego, podkreśla, że logopeda powinien być integralnym członkiem zespołu interdyscyplinarnego, zwłaszcza w procesie różnicowania ADHD, APD, ASD czy SLI (2019, s. 102). Celem niniejszego artykułu jest zatem przegląd wybranej literatury dotyczącej

zaburzeń komunikacji w ADHD w ujęciu neurobiologicznym, diagnostycznym i terapeutycznym, ale również wskazanie na powiązania z funkcjonowaniem językowym oraz podkreślenie roli logopedy w interdyscyplinarnym podejściu do wspierania osób z tym zaburzeniem.

ADHD jako zaburzenie neurorozwojowe

Współczesne ujęcia ADHD jednoznacznie klasyfikują je jako zaburzenie neurorozwojowe o heterogenicznym podłożu biologicznym (Arnsten, 2009; Lange i in., 2010; Sharkey i Fitzgerald, 2007). Oznacza to, że trudności obserwowane w funkcjonowaniu dzieci z ADHD są konsekwencją nieprawidłowości w rozwoju i organizacji sieci neuronalnych mózgu, a nie jedynie efektem czynników środowiskowych czy wychowawczych. Jak podkreśla Szabelska, „podłoże neurologiczne, a przede wszystkim konkretne umiejscowienie zaburzeń anatomiczno-funkcjonalnych ośrodkowego układu nerwowego, z wysokim prawdopodobieństwem znajduje odbicie w tempie nabywania bądź poziomie realizowania się poszczególnych podsystemów języka” (2022, s. 28).

Badania neuroobrazowe wskazują na obecność subtelnych różnic anatomicznych i funkcjonalnych w mózgach osób z ADHD. Różnice te obejmują przede wszystkim struktury płatów czołowych, obszary podkorowe (jądra podstawy), mózdzek oraz sieci połączeń istoty białej. Jak zauważa Szabelska (2022), u osób z ADHD widoczna jest różnica „w zakresie ogólnej wielkości mózgu, wymiarów struktur korowych i podkorowych, wielkości i kształtu elementów substancji białej oraz wielkości mózdzku” (s. 29). Choć zmiany te są zazwyczaj niewielkie, ich znaczenie funkcjonalne ujawnia się w zaburzeniach regulacji uwagi, kontroli zachowania oraz planowania działań (Borkowska, 2008).

Szczególnie istotną rolę w patomechanizmie ADHD przypisuje się płatom czołowym, które odpowiadają za funkcje wykonawcze, w tym planowanie, hamowanie reakcji, monitorowanie działań oraz kontrolę poznawczą (Arnsten, 2009), a więc również za planowanie i realizację wypowiedzi językowej. Funkcje wykonawcze mają kluczowe znaczenie z perspektywy komunikacji, ponieważ odgrywają rolę mechanizmu pośredniczącego między procesami poznawczymi a realizacją wypowiedzi. Sciberras i in. (2014), opisując longitudinalny projekt badawczy analizujący rozwój dzieci z ADHD, wykazali, że dzieci z ADHD istotnie częściej przejawiają trudności w zakresie języka ekspresyjnego i receptywnego.

Pamięć operacyjna to kolejna ważna funkcja psychiczna, która odgrywa zasadniczą rolę w rozumieniu i tworzeniu wypowiedzi językowych w kontekście ADHD. Ograniczona pojemność pamięci operacyjnej utrudnia jednoczesne przetwarzanie informacji językowych, planowanie struktury wypowiedzi oraz monitorowanie jej poprawności.

W konsekwencji dzieci z ADHD mogą mieć trudności z utrzymaniem spójności narracji, zachowaniem logicznego ciągu przyczynowo-skutkowego oraz adekwatnym dostosowaniem wypowiedzi do kontekstu komunikacyjnego. Deficyty te stają się bardzo widoczne w spontanicznej komunikacji językowej, w której konieczne jest jednoczesne przetwarzanie wielu bodźców i selekcja informacji istotnych oraz bieżące kontrolowanie własnej wypowiedzi. W takich sytuacjach dzieci z ADHD częściej prezentują zaburzenia pragmatyczno-językowe, trudności narracyjne oraz nieadekwatne reakcje komunikacyjne (Bignell i Cain, 2007; Wojnarska, 2021).

Badania Bignell i Cain (2007), w których dokonano analizy funkcjonowania językowego dwóch grup dzieci w wieku 7–11 (z diagnozą ADHD oraz bez formalnej diagnozy), wykazały, że obniżona uwaga – zarówno z towarzyszącą nadpobudliwością, jak i bez niej – implikuje trudności w rozumieniu języka figuratywnego oraz w efektywnym komunikowaniu się. Z kolei dzieci charakteryzujące się wyłącznie wysokim poziomem nadpobudliwości przejawiały problemy w rozumieniu języka figuratywnego, lecz nie posiadały istotnych zaburzeń komunikacyjnych. Wyniki te uzupełniają wcześniejsze ustalenia dotyczące populacji klinicznych, wskazując, że nawet u dzieci bez diagnozy ADHD obniżony poziom uwagi oraz podwyższona nadpobudliwość mogą wiązać się z osłabieniem kompetencji pragmatyczno-językowych.

Neurobiologiczne mechanizmy ADHD nabierają dodatkowego znaczenia w kontekście częstego współwystępowania tego zaburzenia z innymi trudnościami rozwojowymi, w tym z dysleksją czy zaburzeniami przetwarzania słuchowego. Jak piszą Wysocka i Lipowska (2010), współwystępowanie ADHD i dysleksji nie jest zjawiskiem przypadkowym, gdyż mamy tu do czynienia ze wspólnym podłożem genetycznym i neuropoznawczym. Autorki wskazują również na rolę deficytów przetwarzania czasowego i pamięci operacyjnej jako mechanizmów łączących oba zaburzenia.

Z punktu widzenia logopedii oznacza to konieczność traktowania trudności komunikacyjnych dzieci z ADHD nie jako izolowanego problemu językowego, lecz jako efektu złożonych interakcji między rozwojem mózgu, funkcjami poznawczymi i doświadczeniem językowym. Takie ujęcie stanowi podstawę do projektowania skutecznych strategii diagnostycznych i terapeutycznych, uwzględniających zarówno neurobiologiczne ograniczenia, jak i potencjał rozwojowy dziecka.

Profil zaburzeń językowych i komunikacyjnych w ADHD

Zaburzenia językowe i komunikacyjne obserwowane u dzieci z ADHD mają charakter zróżnicowany i niejednorodny. Ich obraz nie ogranicza się do deficytów jednego poziomu organizacji języka, lecz obejmuje zarówno kompetencję językową sensu stricto, jak i kompetencję komunikacyjną oraz pragmatyczną. Jak podkreśla Szabelska

(2022), rozwój mowy dzieci z ADHD „przebiega nieco inaczej w odniesieniu do opisywanych przez aktualne źródła norm” (s. 27), a obserwowane trudności nie zawsze wpisują się w klasyczne klasyfikacje zaburzeń językowych. Z tego względu coraz częściej postuluje się konieczność opisu profilu językowego dzieci z ADHD w ujęciu funkcjonalnym i dynamicznym, uwzględniającym neuropsychologiczne uwarunkowania ich funkcjonowania.

W literaturze wskazuje się, że dzieci z ADHD mogą przejawiać trudności obejmujące różne poziomy systemu językowego, w tym fonologię, morfologię, składnię oraz leksykę, przy czym ich charakter i nasilenie są zróżnicowane (Sciberras i in., 2014; Redmond, 2016). Częściej obserwuje się u nich opóźnienia w rozwoju mowy i ograniczony zasób słownictwa, co potwierdzają również analizy logopedyczne prowadzone w polskich warunkach (Szabelska, 2020). Trudności leksykalne dotyczą zarówno liczby posiadanych jednostek słownikowych, jak i jakości ich użycia – dzieci mogą mieć problemy z adekwatnym doborem słów, tworzeniem relacji znaczeniowych oraz elastycznym dostosowywaniem języka do kontekstu komunikacyjnego (Szabelska, 2020; Redmond, 2016).

Szczególnie istotnym elementem profilu komunikacyjnego dzieci z ADHD są trudności narracyjne. Narracja wymaga bowiem integracji wielu procesów poznawczych: planowania, selekcji informacji, utrzymania spójności tematycznej oraz monitorowania przebiegu wypowiedzi. W zakresie organizacji wypowiedzi wskazuje się na częstsze stosowanie prostych struktur zdaniowych, ograniczoną spójność oraz niepełność wypowiedzi (Szabelska, 2022), co może być powiązane z deficytami funkcji wykonawczych, takimi jak kontrola uwagi czy pamięć robocza (Tannock i Schachar, 1996). Wypowiedzi narracyjne dzieci z ADHD bywają fragmentaryczne, chaotyczne i obciążone dygresjami. Zwraca się również uwagę na możliwość występowania niepłynności o charakterze gielkotu u dzieci z ADHD. Badania przeprowadzone przez Olgę Przybyłą (2012) wskazują na występowanie gielkotu aż u 72% badanych dzieci. Może ona manifestować się w postaci

[...] szybkiego i nieregularnego tempa mówienia, licznych powtórzeń, przedłużania i wtrącania elementów językowych, zacinania się, dysrytmii oddechowych, trudności artykulacyjnych, trudności w czytaniu i pisaniu, braku świadomości trudności w mówieniu, słabej koncentracji i wąskiego zakresu uwagi, słabej dezintegracji procesów myślowych, dezorganizacji myślenia (Przybyła, 2012, s. 31).

Jednocześnie badania nad pragmatyką języka pokazują, że dzieci z nasilonymi problemami uwagowymi mają trudności w adekwatnym użyciu mowy w sytuacjach społecznych oraz rozumienia znaczeń figuratywnych (Bignell i Cain, 2007; Staikova i in., 2013; Carruthers i in., 2021). Chodzi o problemy z przestrzeganiem zasad

dialogu, naprzemiennością ról nadawcy i odbiorcy, dostosowaniem wypowiedzi do sytuacji komunikacyjnej oraz uwzględnianiem perspektywy rozmówcy (przerywanie wypowiedzi innych osób oraz zmienianie tematu rozmowy w sposób nieadekwatny do kontekstu). Niesie to ze sobą istotne konsekwencje społeczne – wpływa na jakość relacji rówieśniczych i relacji z dorosłymi. Dzieci te bowiem są odbierane jako niegrzeczne, impulsywne lub niezaangażowane w rozmowę, mimo że trudności te wynikają z ograniczeń neuropsychologicznych, a nie z intencjonalnego łamania norm komunikacyjnych.

Wczesna diagnostyka logopedyczna dzieci z ADHD

Diagnostyka logopedyczna dzieci z ADHD powinna wychodzić poza ocenę systemu językowego (fonologia, morfologia, składnia, leksyka) i obejmować funkcjonalny profil komunikacyjny dziecka, w tym pragmatykę, narrację oraz kompetencje niejęzykowe warunkujące skuteczność porozumiewania się (np. podzielność uwagi, pamięć operacyjna, tempo przetwarzania). W praktyce oznacza to konieczność diagnozowania nie tylko tego, co dziecko wie o języku, ale także w jakich warunkach i jak skutecznie potrafi użyć języka w komunikacji. Celem diagnozy nie jest wyłącznie opis deficytów, lecz przede wszystkim:

- wczesne wykrycie ryzyka utrwalania się zaburzeń komunikacji;
- różnicowanie trudności językowo-komunikacyjnych typowych dla ADHD od trudności współwystępujących (np. APD, dysleksja, SLI);
- zaplanowanie interwencji logopedycznej adekwatnej do charakteru trudności.

Elżbieta Szabelska (2022) podkreśla potrzebę szerszego spojrzenia na diagnostykę dzieci hiperkinetycznych, wskazując, że rozpoznawane u nich zaburzenia mowy „mają charakter swoisty, specyficzny dla tego zaburzenia neurorozwojowego” (s. 39), a umiejętności językowe bywają przyswajane i precyzowane wolniej. Ta perspektywa uzasadnia konieczność wczesnego i wielopłaszczyznowego badania logopedycznego u dzieci z podejrzeniem ADHD, także wtedy gdy nie przejawiają one klasycznej „wady wymowy”.

Diagnoza logopedyczna musi uwzględniać fakt, że objawy językowe i szkolne często nakładają się z zaburzeniami neurorozwojowymi, co rodzi ryzyko błędnego rozpoznania i nieadekwatnej terapii. Zaburzenia charakterystyczne dla ADHD mogą współwystępować z APD, SLI czy dysleksją, a „złożony obraz objawów” sprzyja trudnościom diagnostycznym (Rutkowska, 2019, s. 95–96). Rutkowska wskazuje, że ograniczenie ryzyka błędnej diagnozy wymaga udziału specjalistów, w tym logopedów, posiadających kompetencje w obszarze słuchowych, językowych i poznawczych aspektów rozumienia i nadawania mowy (2019, s. 96). Konsekwencją praktyczną jest

zalecenie, by w diagnozie logopedycznej dziecka z podejrzeniem ADHD ocenić nie tylko funkcjonowanie językowe, lecz także profil słuchowo-językowy (szczególnie gdy występują trudności w różnicowaniu głosek, rozumieniu mowy w hałasie, sekwencjach słuchowych) oraz rozważyć nakładanie się trudności czytania i pisanie z deficytami uwagi i pamięci operacyjnej, co jest kluczowe w przypadkach współwystępowania ADHD i dysleksji (Wysocka i Lipowska, 2010, s. 191–193).

Ważne jest tu gromadzenie danych wieloźródłowych: obserwacja spontanicznej komunikacji, analiza wypowiedzi w zadaniach pod kątem strukturalnym i funkcjonalnym, a także (jeśli to możliwe) pozyskanie informacji z otoczenia szkolnego. Szabelska (2022) zwraca też uwagę na znaczenie dokumentowania materiału językowego (np. poprzez nagrania). Taki standard postępowania jest szczególnie ważny w ADHD, charakteryzującym się zmiennością wykonania zadań (w zależności od samopoczucia, kontekstu, obciążenia uwagi) i w związku z tym jednorazowy wynik testowy może nie oddać realnych trudności dziecka. Wreszcie, mówiąc o wczesnej diagnozie dzieci z ADHD, nie sposób pominąć tematu profilaktyki, która jest szczególnie ważna z punktu widzenia logopedy i skuteczności oddziaływań na polu komunikacyjno-językowym.

Profilaktyka zaburzeń komunikacji w ADHD

Profilaktyka zaburzeń (w tym zaburzeń komunikacji) u dzieci z ADHD powinna być rozumiana jako zespół planowych i systematycznych oddziaływań, których celem jest ograniczenie ryzyka utrwalania się trudności oraz minimalizowanie ich wtórnych konsekwencji edukacyjnych i społecznych. W odróżnieniu od interwencji terapeutycznej profilaktyka winna koncentrować się na jak najwcześniejszym rozpoznaniu czynników ryzyka, wzmacnianiu zasobów dziecka oraz modyfikacji środowiska, zanim trudności przyjmą postać stałych zaburzeń (Quintero i in., 2016).

W literaturze naukowej profilaktyka ADHD, szczególnie w aspekcie logopedycznym, jest zagadnieniem słabo rozwiniętym. Zaburzenie to ma silne podłoże genetyczne i brak jest jednoznacznych modyfikowalnych czynników ryzyka, które dałoby się skutecznie eliminować. W międzynarodowym obiegu naukowym funkcjonują publikacje dotyczące redukcji czynników środowiskowych (np. ekspozycja na ołów, palenie tytoniu w ciąży) lub odpowiedniej diety jako potencjalnych elementów profilaktyki (Feldman i Reiff, 2014; Froehlich i in., 2009; 2016; Galera i in., 2018). Opracowuje się też uniwersalne programy profilaktyczne, których celem jest zapobieganie rozwojowi objawów związanych z ADHD, zanim dojdzie do postawienia formalnej diagnozy. Opierają się one głównie na technikach modyfikacji zachowania (wzmacniania tych pożądanych i wygaszania niepożądanych) czy rozwijaniu umiejętności związanych

z funkcjami uwagi (Christiansen i in., 2015). Jednakże profilaktyka logopedyczna nie jest głównym wątkiem tego typu prac klinicznych. Na gruncie polskim temat ten podejmują głównie Elżbieta Szabelska (2022, 2023) i Anna Wojnarska (2021), podkreślając jednocześnie potrzebę rozpowszechniania tego typu działań. Pod względem logopedycznym i językoznawczym obserwacje oraz wnioski dotyczące komunikowania się osób z ADHD są bardzo pobieżne i dotyczą raczej aspektów pedagogicznych i psychologicznych (Szabelska, 2023).

Uzasadnienie dla wczesnych działań profilaktycznych w ADHD wynika bezpośrednio z neurobiologicznego charakteru tego zaburzenia, a jego podłoże genetyczne nie powinno być przeszkodą, ale ważnym markerem i predyktorem do podjęcia profilaktyki w aspekcie komunikacyjnym. Musi ona obejmować kilka wzajemnie powiązanych obszarów funkcjonowania dziecka: psychicznego, społecznego, emocjonalnego i językowego. Ponadto jej zakres nie może być ograniczony wyłącznie do oddziaływań specjalistycznych. Skuteczność profilaktyki zależy w dużej mierze od spójności oddziaływań w środowisku domowym i edukacyjnym, dlatego istotne jest edukowanie rodziców i nauczycieli oraz ujednolicanie stosowanych strategii komunikacyjnych (Wojnarska, 2021).

Rola logopedy w terapii dzieci z ADHD

Terapia logopedyczna u dzieci z ADHD powinna mieć charakter funkcjonalny, zindywidualizowany i długofalowy, a jej podstawą jest rozpoznanie mechanizmów trudności komunikacyjnych, a nie jedynie ich powierzchownych objawów. W przeciwieństwie do klasycznej terapii ukierunkowanej na korekcję pojedynczych deficytów językowych oddziaływania logopedyczne w ADHD muszą uwzględniać neuropsychologiczne ograniczenia dziecka, w szczególności deficyty uwagi, pamięci operacyjnej oraz funkcji wykonawczych, które warunkują skuteczność komunikacji językowej.

Cele terapii logopedycznej w ADHD wykraczają poza usprawnianie systemu językowego *sensu stricto* i obejmują przede wszystkim poprawę funkcjonalnej skuteczności komunikacji. Oddziaływania wobec dzieci z ADHD powinny być ukierunkowane na rozwijanie umiejętności językowych i komunikacyjnych w sposób dostosowany do ich poziomu funkcjonowania poznawczego. Do podstawowych celów interwencji logopedycznej u dzieci z ADHD należą: usprawnianie organizacji wypowiedzi (szczególnie narracyjnej), rozwijanie kompetencji pragmatycznej i umiejętności dialogowych, wspieranie pamięci słuchowej i tekstowej w kontekście językowym, poprawa samokontroli językowej i monitorowania własnej wypowiedzi, ograniczanie wtórnych konsekwencji trudności komunikacyjnych w funkcjonowaniu szkolnym i społecznym (Szabelska, 2022, 2023; Wojnarska, 2021).

Strategie terapeutyczne powinny uwzględniać zmienność wykonania oraz podatność na przeciążenie poznawcze. Za kluczowe zasady organizacji terapii warto przyjąć: kierowanie do dziecka krótkich, jasno ustrukturyzowanych zadań, zapewnienie stałej i przewidywalnej organizacji zajęć, stosowanie stopniowania trudności materiału językowego, częste odwoływanie się do wsparcia wizualnego, formułowanie wyraźnych celów komunikacyjnych każdej aktywności. Takie podejście pozwala ograniczyć wpływ deficytów uwagi na przebieg terapii i zwiększa szanse na generalizację nabywanych umiejętności (Rutkowska, 2019; Wojnarska, 2021).

Skuteczna interwencja logopedyczna u dzieci z ADHD wymaga współpracy nie tylko z rodzicami, ale również z całym zespołem interdyscyplinarnym: psychologiem, pedagogiem i lekarzem. Dzięki temu możliwe jest uniknięcie niespójności i fragmentaryzacji terapii. Tylko zintegrowane podejście terapeutyczne pozwala na realne wsparcie funkcjonowania dziecka z ADHD (Wysocka i Lipowska, 2010). Jednocześnie, jak podkreśla Rutkowska w artykule dotyczącym APD (2019), logopeda powinien być jednym z kluczowych członków zespołu diagnostyczno-terapeutycznego, ponieważ dysponuje kompetencjami umożliwiającymi ocenę językowych i poznawczych aspektów komunikacji. Rolą logopedy jest diagnoza różnicowa trudności językowych i komunikacyjnych, planowanie i realizacja terapii ukierunkowanej na funkcjonowanie komunikacyjne, konsultowanie strategii komunikacyjnych stosowanych przez nauczycieli i rodziców, monitorowanie postępów i modyfikacja oddziaływań terapeutycznych.

Interwencja logopedyczna u dzieci z ADHD nie powinna być traktowana jako krótkotrwała forma terapii ukierunkowanej na „wyrównanie deficytów”, lecz jako proces wspierania rozwoju komunikacji na kolejnych etapach edukacyjnych. Jak bowiem podkreśla Szabelska (2022), trudności językowe dzieci z ADHD mogą zmieniać swój obraz wraz z wiekiem, dlatego wymagają systematycznego monitorowania i modyfikacji celów terapeutycznych.

Konkluzje

Przedstawiony w artykule przegląd literatury przedmiotu daje podstawy do sformułowania kilku kluczowych konkluzji:

- zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) należy postrzegać jako zaburzenie neurorozwojowe, którego konsekwencje obejmują nie tylko sferę regulacji zachowania i uwagi, lecz również funkcjonowanie językowe i komunikacyjne dziecka: organizację wypowiedzi, umiejętności narracyjne, pragmatyczne użycie języka w interakcji społecznej;

- zaburzenia komunikacji w ADHD mają charakter wtórny i funkcjonalny, a ich obraz jest ściśle związany z deficytami funkcji wykonawczych i regulacji uwagi;
- diagnostyka logopedyczna powinna obejmować ocenę narracji, pragmatyki oraz pamięci tekstu, a nie ograniczać się do oceny poprawności formalnej języka;
- profilaktyka i interwencja logopedyczna w ADHD są najbardziej efektywne, gdy są wdrażane wcześnie, systematycznie i w ścisłej współpracy z innymi specjalistami oraz środowiskiem wychowawczym;
- logopeda odgrywa kluczową rolę w interdyscyplinarnym zespole diagnostyczno-terapeutycznym, łącząc perspektywę językową, komunikacyjną i neuropsychologiczną. Uwzględnienie logopedy w procesie diagnozy, profilaktyki i terapii dzieci z ADHD stanowi niezbędny warunek skutecznego wsparcia ich rozwoju komunikacyjnego.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (wyd. 5). American Psychiatric Publishing.
- Arnsten, A.F.T. (2009). The emerging neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder: The key role of the prefrontal association cortex. *Journal of Pediatrics*, 154, I–S43.
- Baumeister, A.A., Henderson, K., Pow, J.L. i Advokat, C. (2012). The early history of the neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the History of the Neurosciences*, 21, 263–279.
- Biederman, J. i Faraone, S.V. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *The Lancet*, 366, 237–248.
- Bignell, S. i Cain, K. (2007). Pragmatic aspects of communication and language comprehension in groups of children differentiated by teacher ratings of inattention and hyperactivity. *British Journal of Developmental Psychology*, 25(4), 499–512.
- Borkowska, A. (2008). *Procesy uwagi i hamowania reakcji u dzieci z ADHD z perspektywy rozwojowej neuropsychologii klinicznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Carruthers, S., Pickles, A., Slonims, V., Howlin, P. i Charman, T. (2022). A profile of pragmatic language impairments in children with ADHD: A systematic review. *Development and Psychopathology*, 34(2), 739–755.
- Christiansen, H., Hirsch, O., König, A., Steinmayr-Genslein, R., Ratz, C., Brunner, M., i Utz, E. (2015). Prevention of ADHD related problems: A universal preschool program. *Health Education*, 115(3–4), 285–300.
- Feldman, H.M. i Reiff, M.I. (2014). Attention deficit-hyperactivity disorder in children and adolescents. *New England Journal of Medicine*, 370, 838–846.

- Froehlich, T.E., Lanphear, B.P., Auinger, P., Hornung R., Epstein, J.N., Braun, J. i Kahnet R.S. (2009). Association of tobacco and lead exposures with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 124(6), 1054–1063.
- Galera, C., Heude, B., Forhan, A., Bernard, J. Y., Peyre, H., Van der Waerden, J., Pryor, L., Bouvard, M.-P., Melchior, M., Lioret, S. i de Lauzon-Guillain, B. (2018). Prenatal diet and children's trajectories of hyperactivity-inattention and conduct problems from 3 to 8 years: The EDEN mother-child cohort. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(9), 1003–1011.
- Józwiak, J. (2025). *107 mitów o ADHD. Czyli jak mierzyć się z niewiedzą*. Wydawnictwo Wiedza Współczesna.
- Lange, K.W., Reichl, S., Lange, K.M., Tucha, L. i Tucha, O. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2, 241–255.
- Martinez-Badía, J. i Martinez-Raga, J. (2015). Who says this is a modern disorder? The early history of attention deficit hyperactivity disorder. *World Journal of Psychiatry*, 5(4), 379–386.
- Piseco, S., Barker, D.B., Silva, P.A. i Brooke, M. (2001). Boys with reading disabilities and/or ADHD: Distinction in early childhood. *Journal of Learning Disabilities*, 34(2), 98–107.
- Przybyła, O. (2012). Giełkot w zespole nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi. *Logopedia*, 41, 25–37.
- Quintero, J., Martin, M., Alcindor, P. i Pérez-Templado, J. (2016). Prevention in attention deficit hyperactivity disorder. *Revista de Neurología*, 62(1), 93–97.
- Redmond, S.M. (2016). Language impairment in the attention-deficit/hyperactivity disorder context. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 59(1), 133–142.
- Rutkowska, J. (2019). Rola logopedy w procesie diagnostycznym zaburzeń przetwarzania słuchowego. *Biuletyn Logopedyczny*, 33, 94–101.
- Sciberras, E., Mueller, K.L., Efron, D., Bisset, M., Anderson, V., Schilpzand, E.J. i Nicholson, J.M. (2014). Language problems in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review. *Pediatrics*, 133(5), 793–800.
- Sharkey, L. i Fitzgerald, M. (2007). The history of attention deficit hyperactivity disorder. W: M. Fitzgerald (red.), *Handbook of attention deficit hyperactivity disorder* (s. 3–11). John Wiley & Sons.
- Staikova, E., Gomes, H., Tartter, V., McCabe, A. i Halperin, J.M. (2013). Pragmatic deficits and language impairment in children with ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(5), 524–532.
- Szabelska, E. (2020). Narracja i renarracja u dzieci z ADHD w wieku szkolnym. *Logopedia*, 49(2), 85–102.
- Szabelska, E. (2022). Charakterystyka zaburzeń językowych w ADHD. *Logopedia*, 51(1), 27–41.
- Szabelska, E. (2023). *Kompetencja językowa dzieci z ADHD*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.

- Tannock, R. i Schachar, R. (1996). Executive dysfunction as an underlying mechanism of behavior and language problems in attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(8), 981–992.
- Willcutt, E.G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, 9, 490–499.
- Wojnarska, A. (2021). Kompetencje komunikacyjne osób z ADHD – przegląd literatury. *Niepełnosprawność. Dyskursy pedagogiki specjalnej*, 42, 11–25.
- Wysocka, A. i Lipowska, M. (2010). Genetyczne podłoże współwystępowania ADHD i dysleksji rozwojowej. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 10(3), 189–194.