

Jolanta Szada-Borzyszkowska

## Dziecko z ADHD wyzwaniem dla nauczycieli i rodziców

*Choćby ktoś mędrcecm był,  
żadna dlań hańba uczyć się jeszcze.*  
Sofokles

### Wyjaśnienie definicji

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi, znany pod nazwą ADHD jest jednym z najczęściej pojawiających się zaburzeń wieku rozwojowego, występuje na całym świecie, niezależnie od kultury społeczeństwa, czy poziomu jego rozwoju. Zgodnie z terminologią amerykańską, jest to zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ang. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*), natomiast zgodnie z europejską nomenklaturą – zespół hiperkinetyczny (ang. *Hyperkinetic Disorder*). W literaturze medycznej oraz psychologiczno-pedagogicznej można spotkać jeszcze inne określenia tej jednostki chorobowej: zespół nadpobudliwości psychoruchowej (ADD); zespół nadruchliwości; zespół minimalnej dysfunkcji mózgu; zespół zaburzeń hiperkinetyczno-odruchowych; zaburzenie z deficytem uwagi i hiperaktywnością oraz ZDUN, czyli zespół deficytu uwagi i nadruchliwości.

Zaburzenia zachowania określane jako ADHD można zdefiniować jako nadmierną pobudliwość w sferze emocjonalnej, poznawczej i ruchowej, która zaburza prawidłowe funkcjonowanie dziecka i powoduje problemy w codziennym życiu. Typowymi objawami są: nadmierna impulsywność, zaburzenia koncentracji uwagi oraz nadruchliwość. Jest to tzw. triada objawów, ich nasilenie jest niewspółmierne do wieku i poziomu rozwoju oraz utrudnia funkcjonowanie dziecka w otoczeniu.

Typowym objawem zaburzenia koncentracji uwagi jest: krótki czas skupienia uwagi na przedmiocie lub czynności, łatwe rozpraszanie pod wpływem zewnętrznych bodźców, brak umiejętności długotrwałej pracy nad jednym zadaniem, gubienie i zapominanie rzeczy; natychmiastowa realizacja pomy-

słu, bez przemyślenia strategii postępowania, itp. Nadmierna impulsywność – to częste wtrącanie się do rozmowy, przypadkowe i nieumyślne niszczenie rzeczy, brak umiejętności zaplanowania swoich działań na przyszłość. Nadruchliwość charakteryzuje się: brakiem umiejętności wytrwania na jednym miejscu – podczas siedzenia występuje machanie nogami, rękami, wiercenie się itp.; nadmierną gadatliwością, czy przymusem chodzenia.

## Występowanie ADHD

ADHD diagnozowane jest u około 5% dzieci w wieku szkolnym (7-13 lat). Odnotowuje się częstsze jego występowanie u chłopców w porównaniu z dziewczynkami w tym wieku. U dziewczynek częściej niż u chłopców występują zaburzenia uwagi, natomiast znamienne dla chłopców jest ich nadaktywność ruchowa i impulsywność. W związku z powyższym, u dziewczynek, częściej niż u chłopców nie rozpoznaje się zespołu nadpobudliwości psychoruchowej. Alarmujące dla otoczenia impulsywne i często agresywne zachowania chłopców powodują, iż oddziaływania terapeutyczne wobec nich podejmowane są częściej i wcześniej, niż ma to miejsce w grupie dziewcząt. Stosunek liczby chłopców do liczby dziewcząt trafiających do leczenia z powodu ADHD wynosi około 4:1, natomiast w całej populacji dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej – tylko około 20% jest objętych specjalistycznym leczeniem.

## Etiologia zjawiska

Wyniki badań medycznych potwierdzają tezę, iż ADHD jest zaburzeniem dziedzicznym. W rodzinach, w których stwierdzono ADHD istnieje zdecydowanie większe ryzyko wystąpienia tego zespołu u dzieci. Zaburzenie to przekazywane jest często z pokolenia na pokolenie<sup>1</sup>. Czynniki genetyczne wpływają na budowę i działanie struktur mózgowych oraz sposób przekazywania pobudzeń w centralnym systemie nerwowym. Obecność u dziecka genów odpowiedzialnych za wystąpienie zespołu ADHD powoduje nieprawidłowy przebieg procesów zachodzących w korze mózgowej i jądrach pod-

1 A. Munden, J. Arcelus, *ADHD nadpobudliwość ruchowa*, przekł. E. Niegowska-Drachal, Warszawa 2008.

korowych. Płaty czołowe półkul mózgowych i ich połączenia z innymi strukturami mózgu pracują mniej wydajnie. Specyficzny tryb pracy mózgu utrudnia dziecku kontrolowanie własnych zachowań i osłabia zdolność skupienia uwagi. Także obszary odpowiedzialne w mózgu za kojarzenie informacji słuchowych i wzrokowych funkcjonują słabiej. Istnieje także przekonanie, że przyczyną ADHD jest zaburzony proces dojrzewania układu nerwowego. Za takim wyjaśnieniem przemawia zmniejszanie się nasilenia lub ustępowanie objawów wraz z wiekiem.

Badając pracę mózgu pod względem biochemicznym, u osób z ADHD dochodzi najprawdopodobniej do osłabienia działania dwu substancji uczestniczących w przekazywaniu pobudzeń w układzie nerwowym (tzw. neuroprzebieżników): noradrenaliny i dopaminy. Leki stosowane w farmakoterapii ADHD modyfikują aktywność tych przebieżników w mózgu<sup>2</sup>.

Przyczyny powstawania nadpobudliwości psychoruchowej przez wiele lat związane były ze źle funkcjonującą rodziną. Do czynników społecznych zaliczono: nieprawidłową atmosferę w domu rodzinnym, gdzie długotrwałe pobudzenie emocjonalne dziecka prowadzić mogło do utrwalenia nawyków reagowania na trudne sytuacje; niewłaściwy, niekonsekwentny styl wychowawczy w rodzinie (zbyt liberalny lub autokratyczny); brak zaspokojenia podstawowych potrzeb psychicznych dziecka; deficyt kontaktów z rodzicami i in.<sup>3</sup> Mimo iż badania naukowe obaliły tezę o przyczynach ADHD leżących w nieprawidłowych relacjach dziecka z najbliższym otoczeniem, to jednak czynniki psychospołeczne mogą w zdecydowany sposób nasilić objawy typowe dla ADHD.

Według H. Spionek<sup>4</sup> najwięcej dzieci z zespołem hiperkinetycznym pochodzi z patologicznych ciąż, konfliktu serologicznego, nieprawidłowych porodów i dzieci urodzonych w zamartwicy. Czynniki uszkodzającymi płód są m.in.: czynniki uszkodzające komórki nerwowe, choroby zakaźne lub inne w czasie ciąży; zatrucia ciążowe spowodowane lekami, używkami; urazy mechaniczne. Do czynników uszkodzających układ nerwowy dziecka w okresie okołoporodowym zalicza się m.in.: niedotlenienie podczas porodu, urazy mechaniczne podczas porodu, wcześniactwo, niewłaściwie przebiegająca akcja porodowa. Do czynników uszkodzających układ nerwowy w ciąży

2 F. Robakowski, A. Rajewski, *Farmakologiczne leczenie zespołu deficytu uwagi z nadruchliwością*, Warszawa 2004.

3 A. Kołakowski, T. Wolańczyk, A. Pisula, M. Skotnicka, A. Bryńska, *ADHD – zespół nadpobudliwości psychoruchowej. Przewodnik dla rodziców i wychowawców*, Gdańsk 2007.

4 H. Spionek, *Zaburzenia rozwoju uczniów a niepowodzenia szkolne*, Warszawa 1985.

pierwszych lat życia dziecka zaliczyć można m.in.: urazy mechaniczne czaszki w wieku dziecięcym, poważne choroby mózgu i opon mózgowych, ciężko przebiegające choroby zakaźne<sup>5</sup>.

Objawy nadpobudliwości występują najczęściej na skutek łącznego występowania czynników biologicznych i społecznych.

### **Kryteria rozpoznania nadpobudliwości psychoruchowej**

Rozpoznanie zespołu hiperkinetycznego stawia się na podstawie kryteriów diagnostycznych ICD-10, klasyfikacji, która jest obowiązująca w Polsce. W zakres objawów wchodzi: objawy nadruchliwości, impulsywności i zaburzeń koncentracji uwagi, które muszą pojawić się nie później niż w 7 roku życia, występować przynajmniej w dwóch środowiskach (np. dom, szkoła), a ich nasilenie musi powodować upośledzenie funkcjonowania dziecka (społecznego lub szkolnego).

Diagnoza ADHD jednak nie jest łatwa i nie przebiega szybko. W dużej mierze opiera się na obserwacji dziecka i doświadczeniu badającego. Nie ma bowiem badania laboratoryjnego, potwierdzającego rozpoznanie. Lekarz, który jest pierwszym ogniwem rozpoczynającym proces diagnostyczny przeprowadza wywiad z rodzicami. Pytania dotyczą m.in. przebiegu ciąży, porodu, rozwoju dziecka, jego kontaktów z rówieśnikami, sposobu spędzania wolnego czasu i problemów szkolnych. Lekarz także zapoznaje się z opinią wychowawcy. Kolejnym etapem diagnozy jest obserwacja zachowania dziecka. Niestety, objawy mogą być wyrażone słabo lub zniknąć zupełnie w warunkach badania, ponieważ zmieniają się one zależnie od otoczenia, w którym przebywa dziecko. Istotnym elementem badania diagnostycznego jest rozmowa z pacjentem, w obecności i bez obecności rodziców. Rozmowa z dzieckiem umożliwia zebranie ważnych informacji o stanie psychicznym, jednocześnie obserwacja umożliwia zgromadzenie spostrzeżeń na temat zachowań dziecka w sytuacji, gdy przebywa ono bez rodzicielskiego nadzoru. Do obiektywnych metod ustalania faktu występowania ADHD, głównie nadruchliwości – należy elektroniczny pomiar ruchów dłoni, a także częstotliwości i szybkości ruchów gałek ocznych. Zdolność do koncentracji uwagi można mierzyć przy pomocy np. komputerowego testu uwagi ciągłej. Do popularnych metod badania zaburzeń związanych z ADHD należą też skale i kwestionariusze diagnostyczne dla nauczycieli i ro-

5 T. Opolska, E. Potempska, *Dziecko nadpobudliwe. Program korekcji zachowań*, Warszawa 2004.

dziców, testy psychologiczne do oceny inteligencji dziecka, zdolności jego reakcji, motoryki, mowy czynnej oraz zdolności rozwiązywania problemów. Dodatkowo wykonuje się badania pediatryczne i neurologiczne, a także ocenia się funkcjonowanie narządów zmysłów.

W diagnozowaniu ADHD konieczne jest uwzględnienie możliwych podtypów tej jednostki chorobowej. Wyróżnić można: podtyp, w którym dominują zaburzenia uwagi; podtyp z przeważającą nadruchliwością i impulsywnością oraz podtyp mieszany. U chłopców dominuje podtyp mieszany oraz podtyp, gdzie dominuje impulsywność i nadruchliwość, natomiast u dziewczynek – z zaburzeniami uwagi.

### **Przejawy ADHD w zależności od wieku dziecka**

Diagnostując zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi na I etapie kształcenia (dzieci w młodszym wieku szkolnym), na podstawie wywiadów z rodzicami okazuje się, że już wcześniej, w wieku niemowlęcym i poniemowlęcym dzieci wykazywały pewne typowe grupy zachowań. Były drażliwe, miały mniejsze zapotrzebowanie na sen, odnotowywano zaburzenia łaknienia oraz nadruchliwość w czasie nauki chodzenia.

W wieku przedszkolnym obserwowano niektóre typowe cechy nadruchliwości i impulsywności. Drobne niepowodzenia wywoływały niepohamowane wybuchy złości, proste czynności, typu ubieranie się, jedzenie, mycie itp., zabierały kilkakrotnie więcej czasu, niż innym dzieciom. Inne też były zabawy podejmowane przez dzieci. Przeważały w nich zazwyczaj elementy ruchowe. Dzieci często działały w sposób niebezpieczny lub ryzykowny, w związku z czym doświadczały wielu urazów. Gonitwy, zawody, mocowanie się – to ich ulubiona aktywność.

U dzieci w wieku przedszkolnym nie istnieje możliwość postawienia jednoznacznej diagnozy o występowaniu zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi. Jest to związane z niemożnością oceny zaburzeń uwagi lub z trudnością w interpretacji zachowań dzieci, które z racji dominującej formy aktywności, jaką jest zabawa – nie muszą koncentrować się na zadaniach i poleceniach nauczyciela lub rodzica. Staje się to możliwe dopiero w szkole, w momencie, gdy wymagane jest skupienie uwagi na realizowanych treściach programowych i uczeniu się umiejętności szkolnych. Stwierdzenie deficytów uwagi warunkuje ostateczną diagnozę ADHD.

W okresie szkolnym typowymi dla zespołu hiperkinetycznego są trudności z podporządkowaniem się zasadom obowiązującym w szkole. Dzieci zazwyczaj wyrażają swoje emocje szybciej i z większą intensywnością, niż jest to społecznie akceptowane; łatwo je rozżłościć i sprowokować – bywają wówczas agresywne; źle układają się ich stosunki z rówieśnikami, spędzają z nimi dużo mniej czasu, niż inne dzieci, mają niewielu kolegów i przyjaciół. W szkole uważane są za „gorsze”, nieposłuszne i niegrzeczne. Ich zachowanie często traktowane jest zarówno przez rówieśników, jak i przez nauczycieli jako drażniące i prowokujące. Uzyskują dużo niższe oceny, niż ich rówieśnicy o takich samych możliwościach, w związku z czym, częściej powtarzają klasę lub bywają zagrożone usunięciem ze szkoły.

W okresie dojrzewania zachowania typowe dla zespołu hiperkinetycznego nakładają się na kilkuletnie oddziaływania socjalizacyjne i wychowawcze szkoły i środowiska, w związku z czym, w odniesieniu do niektórych (ok. 30%) przypadków dzieci – można mówić o „wyrastaniu” z ADHD. U pozostałej grupy, problemy okresu dorastania i problemy związane z jednostką chorobową potęgują niepożądane przejawy zachowań. Typowe dla okresu dojrzewania są zachowania opozycyjno-buntownicze, postawa negatywistyczna do otaczającej rzeczywistości, wrogość, nadmierny temperament, zdecydowany bunt wobec autorytetów. U niektórych obserwuje się zaburzenia emocji – zbiór zaburzeń psychicznych, w których dominującym problemem jest przeżywanie nieadekwatnych do sytuacji zewnętrznej emocji, jak np. nadmierny smutek, niepokój, euforia. Odnotowuje się także zaburzenia lękowe. Lęk i strach występują wówczas z takim natężeniem, że przeszkadzają w normalnym funkcjonowaniu. Typowe są także zaburzenia zachowania – powtarzający się i trwałe wzorce zachowania, w którym dochodzi do pogwałcenia podstawowych praw innych ludzi oraz właściwych dla danego wieku norm społecznych i reguł. Często mowa jest o osobowości antyspołecznej (po 18 roku życia). Izolacja od rówieśników może prowadzić do rozwoju depresji i uzależnień. Do wymienionych zachowań dodać należy pojawiające się mimowolne ruchy lub wydawane dźwięki (tiki). Wiele dzieci nadpobudliwych uważa w tym okresie, że świat wobec nich jest wrogi, a oni sami są pokrzywdzeni przez los. Posiadają niską samoocenę, a problemy szkolne, społeczne i emocjonalne, w wielu przypadkach utrwalają się, mimo tego, iż w miarę dorastania nadpobudliwość wygasa.

Prezentując typowe objawy ADHD nie sposób nie wspomnieć o dodatkowych współistniejących problemach. Do najczęściej występujących w młodszym wieku szkolnym i okresie dorastania należą specyficzne trudności

w uczeniu się. U wielu dzieci stwierdza się dysleksję, dysgrafię, dysortografię, czy dyskalkulię.

Chłopcy znacznie częściej „wyrastają” z ADHD, niż dziewczynki, jednak aż około 50 % dzieci z ADHD wykazuje jego niektóre objawy w wieku dorosłym. Dominującym jest tu zaburzenie uwagi. Dorośli z nadpobudliwością mogą być postrzegani jako trudni we współżyciu partnerzy, niesumienni pracownicy, zaczynający działania lecz ich niekończący, niespełniający oczekiwań pracodawcy, mimo posiadanych kwalifikacji i umiejętności.

### **Działania terapeutyczne**

Celem terapii jest zmniejszenie objawów nadpobudliwości, zmniejszenie objawów zaburzeń współistniejących oraz zmniejszenie ryzyka późniejszych powikłań. Podstawowe znaczenie ma edukacja rodziny, jego otoczenia i samego dziecka na temat natury nadpobudliwości psychoruchowej, wzmocnienie strategii radzenia sobie z problemami związanymi z ADHD. Często konieczna jest zmiana niewłaściwych postaw otoczenia (środowiska rodzinnego i szkoły). Niezbędne jest dostosowanie otoczenia oraz metod dydaktycznych i wychowawczych do specyficznych potrzeb dziecka. W związku z powyższym, wyznaczyć można niektóre warunki skuteczności oddziaływań terapeutycznych:

- psychoedukacja na temat objawów ADHD, etiologii, przebiegu, rokowania i leczenia tego zespołu, w celu zdjęcia z rodziców i dziecka poczucia winy;
- nauka specyficznych strategii radzenia sobie z objawami ADHD (w przypadku samego dziecka, jak i jego rodziców i nauczycieli);
- praca z dzieckiem oparta na pozytywnych wzmocnieniach, zwiększająca motywację oraz przyczyniająca się do podniesienia samooceny;
- system zasad i w przypadku ich nieprzestrzegania – konsekwencji.

Leczenie dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami uwagi rozpoczyna się zazwyczaj od lekarza pierwszego kontaktu, który daje pacjentowi skierowanie do psychiatry dziecięcego. Medyczna interwencja (w skrajnych przypadkach niezbędne jest leczenie farmakologiczne) polega na przepisaniu preparatów regulujących wydzielanie tych substancji w mózgu, których aktywność jest u pacjentów z ADHD obniżona. Leki działają tylko wówczas, gdy są podawane. Odstawienie leczenia farmakologicznego powoduje, że objawy ADHD występują w takim samym nasileniu, w jakim występ-

powwałyby bez wcześniejszego leczenia. Nie jest wskazane ograniczanie się do samej farmakoterapii, ponieważ leki nie są w stanie zmienić wszystkich aspektów funkcjonowania dziecka z ADHD. Leki łagodzą objawy, jednak nie usuwają przyczyn nadpobudliwości. Mogą natomiast zapobiec wystąpieniu wielu niepożądanych następstw. Mogą pomóc dziecku nadrobić zaległości w nauce i poprawić relacje z otoczeniem; zapobiec uleganiu kontuzjom i wypadkom; zmniejszyć niechęć do szkoły, czy też zlikwidować niską samoocenę itp.

W terapii ADHD należy pamiętać, że jest to leczenie multimodalne, zwykle wieloletnie, dlatego też w zespole terapeutycznym oprócz lekarza psychiatry powinien znaleźć się psycholog i pedagog. Taki zespół powinien mieć możliwość stałego kontaktu z rodzicami dziecka i szkołą.

W 2004 roku Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne oraz Europejskie Towarzystwo Psychiatrii Dzieci i Młodzieży określiły zakres leczenia ADHD. Powinno ono obejmować kilka metod terapeutycznych, w tym oddziaływania psychospołeczne, psychoterapię i farmakoterapię. W Polsce nie ma ustalonych standardów leczenia ADHD, jednak funkcjonują odpowiednie programy terapeutyczne, które umożliwiają podjęcie odpowiednich działań.

W pracy terapeutycznej wskazane jest uwzględnienie kilku wymiarów:

1. Uporządkowanie świata dziecka, pozbawienie najbliższego otoczenia chaosu, wyznaczenie planu codziennego funkcjonowania.
2. Dostosowanie wymagań do potrzeb i możliwości dziecka.
3. Indywidualna terapia dziecka (w tym farmakologia) i psychoterapia rodziny<sup>6</sup>.

Dziecku z ADHD należy stworzyć warunki do optymalnego funkcjonowania w szkole i w domu. W tych dwóch środowiskach dziecko spędza najwięcej czasu, w związku z tym, to na nauczycielach i rodzicach spoczywa najtrudniejsze zadanie. Tym samym, praca z dzieckiem z ADHD jest dla nich wielkim wyzwaniem.

Najważniejszym warunkiem skuteczności podjętej pracy z dzieckiem tzw. „trudnym” jest jego akceptacja i przyjęcie odmienności jego zachowania jako faktu, a nie tylko jako uciążliwości i ustawicznej walki.

Duża aktywność ruchowa, nie połączona z wykonywaniem żadnego konkretnego i sensownego zadania, żywiołowość, chaotyczność i pośpiech w działaniu, niemożność pozostania w bezruchu nawet przez krótki czas –

---

6 G. Serfontein, *Twoje nadpobudliwe dziecko*, przekł. J. Jankowski, Warszawa 1999.

sprawiają, że dzieci z ADHD zwracają na siebie uwagę rodziców i nauczycieli. Aby radzić sobie z nadruchością dziecka, wskazane jest: takie kierowanie jego energią, aby jak najmniej przeszkadzało otoczeniu; angażowanie w czynności domowe lub szkolne, w których będzie mogło spożytkować nadmierną ruchliwość; zaplanowanie krótkich przerw w czasie wykonywania nudnych prac na wyładowanie zgromadzonej energii.

Według H. Nartowskiej<sup>8</sup> dziecko nadpobudliwe psychoruchowo powinno mieć zapewnioną atmosferę spokoju i akceptacji; osoba dorosła w kontakcie z dzieckiem powinna kontrolować swoje emocje (nie powinna reagować wybuchowo i gwałtownie). Należy odnosić się do dziecka z wyrozumiałością i cierpliwością, należy mu zapewnić poczucie bezpieczeństwa, dać do zrozumienia, że jest kochane, ale równocześnie być wobec niego konsekwentnym i wymagającym. Wymagania powinny być jasne i klarowne, dostosowane do jego możliwości. Powinien być ustalony i uporządkowany rozkład dnia, należy też zapewnić dziecku własny teren działania (w domu i szkole), tzn. wyznaczyć miejsce pracy i wypoczynku.

Niezmiernie trudna w terapii dziecka z ADHD jest praca nad ograniczeniem jego impulsywności. Brak kontroli zachowań, a co za tym idzie brak przewidywania następstw, stwarza często niebezpieczne sytuacje. Impulsywność i nadpobudliwość w sferze emocjonalnej doprowadza często do konfliktów z rówieśnikami. Labilność nastrojów powoduje małą odporność na sytuacje trudne, więc reakcjami dominującymi są wówczas kłótność i agresja, co nie jest tolerowane przez otoczenie. Nieadekwatne reakcje do działającego bodźca, gwałtowność i wybuchowość niekiedy noszą symptomy zaburzeń nerwicowych. Aby pomóc dziecku poradzić sobie z jego impulsywnością, niezbędne jest: ustawiczne przypominanie i omawianie reguł zachowania; przewidywanie ze strony rodziców i nauczycieli zachowań impulsywnych dziecka; omawianie skutków niewłaściwego postępowania; dopuszczenie do sytuacji, w której dziecko odczuje konsekwencje swojego niepoprawnego zachowania; ustalanie systemu sygnałów ułatwiających komunikację; omawianie zdarzeń pod kątem przyczyn i skutków; ustalenie systemu nagród w przypadku zachowań pożądanых; konsekwentne przestrzeganie reguł, itp. Skuteczne jest stosowanie metod behawioralnych opartych na stosowaniu systemu pozytywnych wzmocnień.

7 A. Kołakowski, T. Wolańczyk, A. Pisula, M. Skotnicka, A. Bryńska, *ADHD – zespół nadpobudliwości psychoruchowej...*, op. cit.

8 H. Nartowska, *Wychowanie dziecka nadpobudliwego*, Warszawa 1986.

Dzieciom nadpobudliwym trudno jest kierować swoją uwagę. Często wykazują zaburzenia percepcji wzrokowej, słuchowej, pobieżne myślenie<sup>9</sup>. Ich osiągnięcia w nauce są słabe, a kontakt z nauczycielem, który denerwuje się brakiem skupienia się dzieci nad tym, co najważniejsze na lekcji – jest zakłócony<sup>10</sup>. Skutkiem zaburzeń uwagi są codzienne problemy dziecka z wykonaniem złożonego polecenia, które składa się z ciągu zadań; z pamiętaniem o zabieraniu ze sobą wszystkich potrzebnych przyborów szkolnych i książek; z zapamiętywaniem tego, co było zadane; z zapisywaniem wszystkiego, co było na lekcjach. Nadmierne roztargnienie i przechodzenie od jednej czynności do drugiej bez ukończenia poprzedniej zdecydowanie utrudnia proces uczenia się. W pracy terapeutycznej nieodzowne jest więc takie organizowanie nauki, aby maksymalnie wyeliminować wszystkie niekorzystne sytuacje.

Nauczyciel musi mieć na uwadze kilka ważnych wskazówek:

- polecenia muszą być krótkie i proste, z zaznaczeniem początku każdej istotnej, nowej czynności;
- nauczyciel powinien pomóc wyróżnić najistotniejsze informacje z potoku informacji docierających do dziecka;
- przy rozwiązywaniu problemów należy pomóc dziecku w ustaleniu kolejności wykonywania czynności;
- należy na bieżąco kontrolować tempo i efektywność pracy dziecka, zachęcać do sprawdzania tego, co zostało wykonane;
- należy do minimum ograniczyć długie instrukcje i komentarze;
- wymagania powinny być jasne i klarowne, dziecko powinno znać swoje obowiązki i wiedzieć, czego się od niego oczekuje<sup>11</sup>.

Przede wszystkim nie należy sądzić, że zachowanie się dziecka z ADHD jest wynikiem jego złośliwości, złych intencji, czy prowokacji. Nie można więc karać za objawy ADHD.

Nauczyciel w swojej pracy pedagogicznej może posługiwać się wieloma metodami nauczania i wychowania. Oprócz powszechnie znanych, warto sięgnąć po metody i techniki pracy psychoterapeutycznej i psychokorekcyjnej. Metody psychoterapii pośredniej i bezpośredniej skierowane są na samo dziecko lub jego otoczenie – szkołę, dom rodzinny, środowisko rówieśnicze. Oddziaływania psychoterapeutyczne dotyczą sfery poznawczej i emocjo-

9 T. Wolańczyk, A. Kołakowski, M. Skotnicka, *Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci. Prawie wszystko co chcielibyście wiedzieć*, Lublin 1999.

10 A. Kołakowski, T. Wolańczyk, A. Pisula, M. Skotnicka, A. Bryńska, *ADHD...*, op. cit.

11 E.M. Hallowel, J.J. Ratej, *W świecie ADHD: nadpobudliwość psychoruchowa z zaburzeniami uwagi u dzieci i dorosłych*, przekł. J. Sowa, Poznań 2004.

nalnej. Praca koncentruje się na wyrównywaniu braków w wiadomościach i umiejętnościach szkolnych, korekcji fragmentarycznych deficytów rozwojowych w zakresie poszczególnych funkcji poznawczych, zaburzeń koordynacji wzrokowo – ruchowej, mowy. Zmierza się także do usunięcia zaburzeń funkcjonowania układu nerwowego dziecka.

Do często stosowanych działań w terapii ADHD należą te, które wspomagają rozwój osobowości dziecka, porządkują jego stosunek do siebie i innych ludzi. Mowa tu o: terapii „holding” umożliwiającej wyrażenie agresji (metoda stosowana jest także w terapii dzieci z cechami autyzmu); terapii rodzinnej poprawiającej relacje i komunikację w rodzinie; metodach terapii zachowania uczących samokontroli i wytrwałości. Skutecznymi metodami wpływającymi na poprawę koncentracji uwagi i kontrolę aktywności ruchowej okazują się metody: terapii przez ruch (metoda W. Sherborne, Kinezylogia Edukacyjna P.E. Dennisona); metody relaksacyjne (metoda E. Jacobsona, metoda A. Polender, metoda Winterberta i in.); metody z zakresu arteterapii (muzykoterapia, choreoterapia, dramatoterapia, biblioterapia, techniki parateatralne); metody integracji sensomotorycznej (SI). W przypadku współistnienia specyficznych trudności w uczeniu się ważne jest stosowanie metod z zakresu terapii pedagogicznej (np. metoda Dobrego Startu, metoda 18 struktur wyrazowych itp.). Niekiedy wskazane jest zastosowanie metod i technik socjoterapeutycznych wobec dziecka i jego rodziny oraz treningu zastępowania agresji.

Ścisła współpraca nauczycieli i rodziców stanowi nieodzowny element w terapii ADHD. Zwiększenie kompetencji wychowawczych rodziców pozwala zapobiec powstawaniu poważniejszych zaburzeń rozwoju psychoruchowego dziecka<sup>12</sup>. Każde dziecko potrzebuje wiele zrozumienia, ale dziecku nadpobudliwemu jest ono szczególnie potrzebne. Warto więc zastosować się do wskazówek, które jednocześnie stanowią całą wykładnię i esencję skutecznego z postępowania z dzieckiem z zespołem hiperkinetycznym: pomóż mu skupić się na jednej czynności; informuj, co się za chwilę zdarzy; bądź cierpliwy – daj dziecku czas na wykonanie zadania; pomóż znaleźć wyjście z trudnej sytuacji; nie zwlekaj z pochwałą lub krytyką – oceniaj od razu; nie mów za dużo – dawaj jednorazowo tylko jedno polecenie; przypominaj, że trzeba się chwilę zastanowić i pomyśleć; dawaj do wykonania zadania, których cel nie jest za daleki; pokazuj akceptację i pozytywne uczucia.

12 C. Neuhaus, *Dziecko nadaktywne. Niedobór uwagi i nadpobudliwość ruchowa u dzieci. Jak pomóc?*, przekł. M. Kaczorowska, Warszawa 2003.

W pracy z dziećmi z ADHD warto mieć świadomość, że w życiu dorosłym mogą one mile nas zaskoczyć swoimi osiągnięciami. Niech wymownym potwierdzeniem takiej perspektywy oraz zachętą do poszukiwania skutecznych sposobów pracy z nimi będzie kilka nazwisk sławnych osób, które także cierpiały w dzieciństwie na tę przypadłość: Alexander Graham Bell – wynalazca telefonu; Sir Winston Churchill, Salvador Dali; Albert Einstein; Ernest Hemingway; John F. Kennedy; John Lennon; Pablo Picasso; Steven Spielberg i wielu innych.

**SUMMARY: *A child suffering from ADHD – a challenge for teachers and parents***

Attention deficit hyperactivity disorder, known under the abbreviation of ADHD, occurs all over the world, regardless of the society's culture or the level of its development. Key symptoms of ADHD are: attention deficit, hyperimpulsiveness and hyperactivity. Despite the fact that scientific research has refuted a theory about the roots of ADHD lying in incorrect relations of the child with the immediate surroundings, still, psycho-social factors may significantly increase typical symptoms of hyperkinetic disorder. The aim of the therapy is to lessen the co-existing symptoms of the disorder as well as to reduce the risk of later complications. It is necessary to adapt the surrounding and didactic and educational methods to the specific needs of the child. In therapeutic work it is advisable to take into consideration several dimensions: arranging the child's world in order, elimination of chaos from the nearest child's surrounding, setting up a daily timetable, adjusting requirements to the child's capacity, individual therapy (including pharmacology) and family's psychotherapy.