

Joanna Wikłacz

Dziecko z zespołem ADHD w szkole : rozpoznanie problemu przez nauczycieli

Nauczyciel i Szkoła 1-2 (26-27), 168-180

2005

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Joanna Wikłacz

Dziecko z zespołem ADHD w szkole Rozpoznanie problemu przez nauczycieli

Nadpobudliwość psychoruchowa jako zaburzenie neurorozwojowe

Aktywność jest podstawową właściwością zachowania. Dzieci, których aktywność jest nadmierna w stosunku do wieku, są określane jako nadpobudliwe psychoruchowo. W ostatnich latach przybywa dzieci, które są coraz bardziej niespokojne. Rodzice zmęczeni opieką nad dzieckiem szukają pomocy u psychologów i lekarzy. Lekarze najczęściej przepisują środki uspokajające, które na krótki czas leczą objawy nadpobudliwości, ale nie usuwają przyczyny. Nauczyciele mający do czynienia z dziećmi nadpobudliwymi zaczynają odczuwać zniechęcenie i stres. Często pozostając sami z tym problemem, nie są w stanie wytrzymać obciążeń zwykłego szkolnego dnia. Nie pomogą tu tradycyjne metody pedagogiczne, aby powstrzymać brutalną agresywność swoich podopiecznych. Niepokój u dzieci staje się coraz większym problemem i ani rodzice, ani lekarze, psychologowie i nauczyciele nie potrafią go skutecznie rozwiązać.

Nie wiadomo, jakie są przyczyny nadpobudliwości psychoruchowej. Literatura wskazuje na całkowite zagubienie teoretyków, którzy ograniczają się zwykle do opisów objawów. W etiologii tego zjawiska wskazuje się na obciążenia psychiczne, schorzenia, alergie, uczulenia na określoną żywność, stany emocjonalne, dysfunkcje mózgu. Zdecydowanie jednak większość przypadków nadpobudliwości psychoruchowej wywołana jest czynnikami związanymi z reakcją na stres, który pojawia się na tych etapach rozwoju dziecka, gdy jest ono szczególnie wrażliwe i przeszkadza mu w samodzielnym panowaniu nad własnymi odczuciami¹.

Obecnie dominuje pogląd, że nadpobudliwość psychoruchowa jest zaburzeniem neurorozwojowym, a to oznacza, że mózg dziecka nadpobudliwego rozwija się i dojrzewa według określonego, patologicznego, ale i konstytucjonalnie uwarunkowanego wzorca.

¹ J.Prekop, Ch. Schwceizer, Niespokojne dzieci, Poradnik dla zaniepokojonych rodziców, Poznań 1997, s.12-14.

Najnowsze badania wskazują, że zespół nadpobudliwości psychoruchowej jest zaburzeniem przekazywanym z pokolenia na pokolenie, czyli uwarunkowanym genetycznie, dziedzicznym wielogenowo. Oznacza to, że w naszym materiale genetycznym nie można znaleźć jednego miejsca odpowiedzialnego za powstawanie ADHD. Geny te wpływają między innymi na aktywność procesów zachodzących w korze czołowej i przedczołowej obu półkul mózgowych oraz w jądrach podkorowych².

D.B. Perry twierdzi, iż dysfunkcyjny wzorec rozwojowy wiąże się z traumatycznymi przeżyciami, a uposażenia genetyczne pełnią rolę drugoplanową³. Natomiast J.D.Siegel⁴ uważa, że do zmian organicznych dochodzi nie tylko na tle genetycznym, ale z powodu nieprawidłowych relacji dziecka z otoczeniem (szczególności z matką) w najwcześniejszym okresie życia⁵.

Mózg stanowi centrum dowodzenia naszym organizmem. W pierwszych trzech latach życia (licząc od poczęcia) mózg przechodzi olbrzymi rozwój. Jeżeli w fazie największego wzrostu mózgu wystąpią jakieś przeszkody, może stać się to przyczyną zmniejszenia liczby połączeń nerwowych lub spowolnić niezbędne biochemiczne procesy dojrzewania. Koncentracja, wytrzymałość, umiejętność skupienia uwagi, samodzielne podejmowanie decyzji, koordynacja ruchowa są funkcjami naszego mózgu i w nim są koordynowane. Jeżeli procesy te przebiegają prawidłowo, człowiek potrafi właściwie ocenić sytuację i w zależności od okoliczności użyć tej albo innej umiejętności, by osiągnąć cel. Jeżeli w mózgu nie dojdzie do koordynacji, mówimy o dysfunkcji. Chroniczne dysfunkcje tworzą się podczas dojrzewania struktur mózgowych w pierwszych trzech latach życia. Z badań J.Prekop, Ch. Schweizer⁶ wynika, że istnieje spora grupa dzieci, u których niepokój pojawił się po raz pierwszy przed ukończeniem 18 miesiąca życia. Jest to ważny okres wykształcania się w mózgu podstawowych funkcji. W psychologii rozwojowej dziecka ten etap życia nazywamy okresem rozwoju inteligencji sensoryczno-motorycznej, której podstawową strukturą są schematy czynnościowe zmieniające swą postać w ciągu dwóch pierwszych lat życia dziecka.

² T. Wolańczyk, A. Kotakowski, M. Skotnicka, *Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci. Prawie wszystko co chcielibyście wiedzieć*, Książka dla rodziców, nauczycieli i lekarzy, Lublin 1999, s.19.

³ D.B. Perry, A.R. Pollard, I.T. Blakley, I.W. Baker, D. Vigilante, *Childhood Trauma, the Neurobiology of Adaptation, and 'Use-dependent' Development of the Brain: How 'States' Become 'Traits'*. *Infant Mental Health Journal*, 1995, Vol.16, 4, 271-291.

⁴ J.D. Siegel, *The developing mind. Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York 1999, London: The Guilford Press.

⁵ A. Pisula, *Nadpobudliwość psychoruchowa jako zaburzenie neurorozwojowe*, Warszawa 2003, s. 11.

⁶ J.Prekop, Ch. Schweizer, *Niespokojne dzieci, Poradnik dla zaniepokojonych rodziców*, Poznań 1997, s.12-14.

Podstawową formą zachowania dziecka są reakcje okrężne, również podlegające rozwojowi. Odkrywa ono stałość i obiektywność przedmiotów w otoczeniu. Tworzą się pierwsze schematy funkcjonalnych klas obiektów i funkcjonalnych relacji. Przechodzi od rozwiązywania problemów metodą czynnego eksperymentowania do używania w tym celu kombinacji myślowych. Rozwija się zdolność do zastępowania symbolami nieobecnych przedmiotów i zjawisk. Jakkolwiek okres ten trwa tylko dwa lata, to przynosi wiele istotnych zmian w aktywności poznawczej małego dziecka.

Mózg dziecka bombardowany jest wieloma informacjami płynącymi z otaczającego go świata. Odbierane są one przez zmysły: wzroku, słuchu, węchu, smaku i dotyku. Informacje przechodzą kolejno poprzez różne „stacje przekaznikowe” mózgu. Pierwszymi są struktury podkorowe. Dzięki sprawnej pracy struktur podkorowych kora może poradzić sobie z odbiorem bodźców. Jest to proces analizy. Odebrane informacje są zapisywane w pamięci krótkotrwałej, a następnie włączane w struktury pamięci długotrwałej. Aby zostały dobrze przetworzone, konieczne jest włączenie ich w system naszej wiedzy. Rozpoczyna się proces syntezy, czyli łączenia nowych informacji z już nabytymi. Dzieci z ADHD mogą mieć specyficzne wzorce przetwarzania informacji. Dotyczy to zwłaszcza pracy kory przedczołowej mózgu, struktur podkorowych, spoidła wielkiego oraz mózdzku. Wzorce te wydają się być odpowiedzialne za powstawanie objawów u dzieci nadpobudliwych⁷.

Terminologia

Medycznym terminem stosowanym przez ostatnie dziesięć lat, a opisującym zaburzenia rozwoju związane z uczeniem się i zachowaniem, jest termin „zaburzenia koncentracji uwagi”. W edukacji problemy związane z rozwojem określają się jako „specyficzne zaburzenia związane z uczeniem się”. Za pomocą tego terminu określa się jednak wszelkie problemy w nauce (dysleksję, dyskalkulię, dysgrafię i dysfazję).

Oficjalnie w piśmiennictwie światowym używa się dwóch nazw dla określenia nadpobudliwości psychoruchowej. W popularnej i powszechnie używanej Klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-IV) jest mowa o Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), czyli o „Zespole nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi”. W proponowanej przez Światową Organizację Zdrowia międzynarodowej klasyfikacji chorób (ICD-10) występuje termin Hyperkinetic Disorder, czyli „zespół hiperkinetyczny lub zaburzenia hiperkinetyczne”.

⁷ T. Wolańczyk, A. Kołakowski, M. Skotnicka, Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci. Prawie wszystko, co chcielibyście wiedzieć. Książka dla rodziców, nauczycieli i lekarzy. Lublin 1999, s. 19-20.

W Polsce, w ciągu ostatnich kilkunastu lat, używano następujących terminów:

- zespół nadpobudliwości psychoruchowej,
- zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi,
- zespół hiperkinetyczny wieku dziecięcego,
- zespół nadruchliwości,
- zespół minimalnego uszkodzenia mózgu,
- zespół minimalnej dysfunkcji mózgu,
- zespół zaburzeń hiperkinetyczno-odruchowych,
- zaburzenia z deficytem uwagi i hiperaktywnością,
- lekka cnecefalopatia,
- wczesnodziecięcy zespół psychoorganiczny,
- deficyt uwagi,
- „nadruchliwość” dziecięca,
- niespokojne dzieci,
- ZDUN-zespół deficytu uwagi i nadruchliwości⁸.

Ze względu na tak dużą ilość określeń, będą stosować najbardziej popularne w języku polskim terminy: „zespół nadpobudliwości psychoruchowej” lub skrótowo stosowanego na całym świecie ADHD.

Po ustaleniu terminologii omawianego zjawiska należałoby wyjaśnić, czym jest nadpobudliwość? Wg H. Spionek termin „nadpobudliwość” oznacza „*zespół objawów nerwowości, których podłożem jest zaburzenie równowagi procesów nerwowych charakteryzujących się przewagą procesów pobudzania nad hamowaniem*”⁹. Z punktu medycznego nadpobudliwość psychoruchowa to zespół hiperkinetyczny, będący schorzeniem, mającym charakterystyczne objawy i wymagający odpowiedniego leczenia¹⁰.

Odmienna praca mózgu uniemożliwia dziecku kontrolowanie swoich zachowań w tym uwagi i ruchów. Dziecko nadpobudliwe psychoruchowo ma za mało zdolności do wewnętrznej kontroli i hamowania.

Rozpoznanie

Diagnoza opiera się przede wszystkim na analizie przeszłości osoby z ADHD, potwierdzona i wsparta obserwacjami ze strony osób bliskich: rodziców, rodzeństwa, nauczycieli, przyjaciół. Najważniejszy „test” przy stawianiu diagnozy

⁸ T. Wolańczyk, A. Kołakowski, M. Skotnicka, Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci. Prawie wszystko, co chcielibyście wiedzieć. Książka dla rodziców, nauczycieli i lekarzy, Lublin 1999.

⁹ H. Spionek, Zaburzenia psychoruchowego rozwoju dziecka, Wyd. 2, Warszawa 1969.

¹⁰ T. Wolańczyk, A. Kołakowski, M. Skotnicka, Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci. Prawie wszystko, co chcielibyście wiedzieć. Książka dla rodziców, nauczycieli i lekarzy, Lublin 1999.

polega na zebraniu dokładnej, szczegółowej historii danej osoby. Nie ma żadnego testu, który jednoznacznie wskazywałby na ADHD (żadne badania krwi, EEG, tomografia komputerowa, badanie metodą pozytronowej tomografii emisyjnej, badanie radiologiczne). Nie ma takich objawów neurologicznych ani wyników w teście psychologicznym, które świadczyłyby jednoznacznie o ADHD.

Istnieją testy psychologiczne, które mogą stanowić dodatkową pomoc przy stawianiu diagnozy. Niekóre wyniki w teście Wechslera – standardowego testu do badania dzieci – mogą sugerować występowanie ADHD. Szczególnie wyniki dotyczące funkcjonowania pamięci, rozwiązywania zadań z arytmetyki są niskie w przypadku ADHD. Często występuje spora rozbieżność między wynikiem części werbalnej, a wynikiem z części niewerbalnej. Jednak najbardziej rzetelnym narzędziem diagnostycznym są informacje o przeszłości dziecka zebrane od samego dziecka, jego rodziców i, co bardzo istotne, od nauczycieli¹¹.

Problemy można jednak wykryć we wczesnym dzieciństwie. Pierwszym objawem może być ciągła aktywność ruchowa dziecka. Następnym sygnałem jest opóźniony rozwój mowy dziecka, często jednak staje się to zauważalne, gdy dziecko rozpoczyna edukację szkolną. Mogą również w pierwszych latach życia występować problemy ze snem, z jedzeniem, łącznie z występowaniem wymiotów, lub słaby odruch ssania. Kolejnym objawem są ataki kolki, które mogą wynikać z uczulenia, ale również mogą być wynikiem zaburzeń koncentracji uwagi. Rodzice sygnalizują również, że ich dzieci nie lubią, gdy się je przytula, i wręcz wtedy sztywnieją¹².

Przyjęto jednak pewne kryteria, które pozwalają rozpoznać problem. Formalne kryteria diagnostyczne dla dzieci przedstawione są w „biblii” psychiatrycznej, czyli DSM-IV. Przedstawione kryteria można uznać za spełnione tylko wtedy, gdy opisane zachowania pojawiają się częściej niż u większości ludzi w tym samym wieku rozwojowym.

Kryteria DSM IV

A

I. Sześć lub więcej z podanych poniżej objawów zaburzeń koncentracji uwagi musi utrzymywać się przez przynajmniej 6 miesięcy w stopniu utrudniającym adaptację (funkcjonowanie) dziecka bądź w stopniu niewspółmiernym do jego rozwoju.

¹¹ E. M. Hallowell, J.J. Ratey, W świecie ADHD, Nadpobudliwość psychoruchowa z zaburzeniami uwagi u dzieci i dorosłych, Poznań 1994, s. 62-63.

¹² G. Serfontein, Twoje nadpobudliwe dziecko, Poradnik dla rodziców, Warszawa 1999 s. 67-68.

Zaburzenia koncentracji uwagi

1. Dziecko nie jest w stanie skoncentrować się na szczegółach podczas zajęć szkolnych, pracy lub w czasie wykonywania innych czynności. Popelnia błędy wynikające z niedbałości.
2. Często ma trudności z utrzymaniem uwagi na zadaniach i grach.
3. Często wydaje się nie słuchać tego, co się do niego mówi.
4. Często nie stosuje się do podawanych kolejno instrukcji i ma kłopoty z dokończeniem zadań szkolnych i wypełnieniem codziennych obowiązków, jednak nie z powodu przeciwstawiania się lub niezrozumienia instrukcji.
5. Często ma trudności ze zorganizowaniem sobie pracy lub innych zajęć. Nie lubi, ociąga się lub unika rozpoczęcia zajęć wymagających dłuższego wysiłku umysłowego - jak nauka szkolna lub odrabianie zajęć domowych.
6. Często gubi rzeczy niezbędne do pracy lub innych zajęć np.: zabawki, przybory szkolne, ołówki, książki, narzędzia.
7. Łatwo rozprasza się pod wpływem zewnętrznych bodźców.
8. Często zapomina o różnych codziennych sprawach.

II. Sześć lub więcej z podanych poniżej objawów nadruchliwości i impulsywności (nadpobudliwości psychoruchowej) musi się utrzymywać przez przynajmniej 6 miesięcy w stopniu utrudniającym adaptację (funkcjonowanie) dziecka bądź w stopniu niewspółmiernym do jego rozwoju.

Nadruchliwość

1. Dziecko ma często nerwowe ruchy rąk lub stóp bądź nie jest w stanie usiedzieć w miejscu.
2. Wstaje z miejsca w czasie lekcji lub w innych sytuacjach wymagających spokojnego siedzenia.
3. Często chodzi po pomieszczeniu lub wspina się na meble w sytuacjach, gdy jest to zachowanie niewłaściwe - w szkole, w pracy, w domu.
4. Często ma trudności ze spokojnym bawieniem się lub odpoczywaniem.
5. Często jest w ruchu; „biega jak nakręcone”.
6. Często jest nadmiernie gadatliwe.

Impulsywność

1. Często wyrывa się z odpowiedzią zanim pytanie zostanie sformułowane w całości.
2. Często ma kłopoty z zaczekaniem na swoją kolej.
3. Często przerywa lub przeszkadza innym (np. wtrąca się do rozmowy lub zabawy).

B

Niektóre upośledzające funkcjonowanie dziecka objawy zaburzeń koncentracji uwagi lub nadpobudliwości psychoruchowej (nadruchliwości, impulsywności) ujawniły się przed 7 rokiem życia dziecka.

C

Upośledzenie funkcjonowania dziecka spowodowane tymi objawami występuje w dwóch lub więcej sytuacjach (np. w szkole i w domu).

D

Stwierdza się klinicznie istotne upośledzenie funkcjonowania społecznego, zawodowego lub szkolnego (w zakresie edukacji).

E

Objawy u dziecka nie występują w przebiegu przetrwałych zaburzeń rozwojowych, schizofrenii lub innych psychoz i nie można ich trafnie uznać za objawy innego zaburzenia psychicznego (np. zaburzeń nastroju, lękowych, dysocjacyjnych lub nieprawidłowej osobowości)¹³.

Do najczęściej spotykanych błędów w procesie diagnostycznym zaliczamy:

- nierozpoznanie ADHD
- zbyt częste stawianie diagnozy ADHD.

Głównym powodem nierozpoznania ADHD jest brak wiedzy na temat tego zaburzenia. Trudno wymagać od nauczycieli, żeby radzili sobie z rozpoznaniem u dziecka ADHD. Nawet specjaliści, którzy znają się na ADHD mogą przeoczyć ważne przesłanki, jeśli zawierzą zbyt mocno testom psychologicznym. Dzieci w czasie badania mogą bowiem skupić się na rozmowie w cztery oczy, ich motywacja „by wypaść dobrze” może być tak silna, że przezwycięży na ten czas ADHD. Dlatego ważne jest, aby w procesie diagnozowania opierać się na danych klinicznych, opiniach nauczycieli, rodziców, ponieważ są to osoby, które mają za sobą długotrwałą obserwację dziecka w różnych jego aktywnościach: w zabawie, nauce i pracy.

Drugim najczęściej spotykanym błędem w procesie diagnozowania to sytuacja odwrotna. Jest to zbyt duża skłonność do rozpoznawania ADHD wszędzie, gdzie mamy do czynienia z dzieckiem impulsywnym, niespokojnym i roztargnionym. Ważne jednak jest zwrócenie uwagi, w jakim wieku rozwojowym znajduje się dziecko i czy te stany utrzymują się przez dłuższy czas, czy zanikają.

¹³ Wg.:Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Washington; American Psychiatric Association 1994, s. 78-85 - tłumaczenie M. Liwska, T. Wolańczyk, A. Kolakowski

Fazy postępowania diagnostycznego

a) identyfikacja problemu

Nadpobudliwość psychoruchowa jest zjawiskiem coraz bardziej powszechnym u dzieci w młodszym wieku szkolnym. Zaburzenia zdrowia psychicznego, występujące u dzieci wynikają najczęściej z nieprawidłowego funkcjonowania otoczenia dziecka oraz konstytucji jego układu nerwowego. Dotyczą one zaburzeń funkcjonowania zarówno w sferze emocjonalnej, poznawczej oraz społecznej, a objawiają się określonymi, nieadekwatnymi i niezrozumiałymi dla otoczenia zachowaniami. Zachowanie dziecka nadpobudliwego jest bardzo wyraziste, ponieważ sprawia ono najwięcej trudności wychowawczym swojemu otoczeniu, ze względu na gwałtowne, często niepoahamowane reakcje zarówno emocjonalne (płacz, krzyk, złość) oraz ruchowe (bójki, niszczenie przedmiotów, pośpiech i chaotyczność w zachowaniu, znaczna ruchliwość i żywiołość), jak i poznawczej (brak koncentracji na zadaniu, chaos myślowy, gonitwa myśli itp.).

W roku szkolnym 2000/2001 do klasy drugiej (której byłam wychowawczynią) na prośbę matki został przeniesiony uczeń L.S. Pierwsze tygodnie pobytu ucznia w mojej klasie poświęciłam na dokładną obserwację jego zachowania w różnych sytuacjach oraz kontakty z rówieśnikami. W celu przeprowadzenia rzetelnej obserwacji zapoznałam się z kryteriami opisującymi zespół nadpobudliwości psychoruchowej (w wersji DSM IV-R z 1987 oraz DSM IV-R z 1994).

Zauważyłam, że u L. występują następujące objawy:

- nerwowe ruchy rąk, niemożność usiedzenia na miejscu,
- z trudem pozostaje na miejscu, gdy jest to wymagane,
- łatwo rozprasza się pod wpływem zewnętrznych bodźców,
- często nie słucha tego, co się do niego mówi,
- ma trudności z zorganizowaniem sobie pracy lub innych zajęć,
- z trudnością oczekuje na swoją kolejkę w grach lub rozmaitych innych sytuacjach w grupie,
- często wrywa się z odpowiedzią, zanim zostanie sformułowane pytanie,
- ma kłopoty z utrzymaniem uwagi na zadaniach lub grach,
- często przerzuca się z jednej niezakończonyj aktywności do drugiej,
- często przerywa i przeszkadza innym, wtrąca się do zabaw innych dzieci.

Na podstawie zebranego materiału obserwacyjnego stwierdziłam, że L. przejawiał cechy dziecka nadpobudliwego w sferze ruchowej, poznawczej i emocjonalno-społecznej.

b) geneza i dynamika zjawiska

W celu przeprowadzenia wstępnej diagnozy zaburzeń nadpobudliwości psychoruchowej u dziecka należy wykorzystać metody obserwacji, wywiadu, analizy dokumentacji.

L. wychowuje się w rodzinie niepełnej. Mieszka z matką w 2-pokojowym mieszkaniu z kuchnią, z pełnym węzłem sanitarnym. Ojciec jest obcokrajowcem, na stałe przebywający poza granicami Polski. Sytuacja materialna jest dość trudna. Matka nic pracuje, utrzymuje się jedynie z alimentów i pomocy swoich rodziców.

Matka codziennie przyprowadzała dziecko do szkoły, a po zakończonych lekcjach odprowadzała do domu. Bardzo często kontaktowała się ze mną, na moją prośbę lub z własnej inicjatywy. Początkowo relacje z matką były jednak nacechowane pewną wrogością. Matkę charakteryzowało zachowanie agresywne „w obronie swojego dziecka”, dlatego reagowała dosyć emocjonalnie na wszelkie moje uwagi o zachowaniu syna. Z czasem jej postawa zaczęła się zmieniać.

Z wielu rozmów przeprowadzonych z matką dowiedziałam się, że ojciec L. był bardzo wymagającym i agresywnym mężczyzną. Powodem rozstania był impulsywny charakter męża. L. bał się ojca i jego metod wychowawczych (kary, bicie). Nieprawidłowe zachowanie dziecka nasiliło się po powrocie do Polski, gdy chłopiec miał 3 lata i poszedł do przedszkola. W przedszkolu poważnym problemem stał się jego wygląd zewnętrzny. Chłopiec jest dość potężnie zbudowany, jego głowa jest nieproporcjonalna do reszty ciała. Dość spłaszczony nos nadaje twarzy „inny typ urody” źle postrzegany przez rówieśników. Obserwowane wówczas zachowania agresywne wobec rówieśników były reakcją na frustrację podstawowych potrzeb psychicznych: akceptacji, szacunku czy uznania. Problem pobudliwości dziecka zaczął się nasilać z powodu niewłaściwych, nadmiernie karzących reakcji na zachowania dziecka ze strony wychowawców oraz matki.

c) znaczenie problemu

Nieprawidłowości w sferze emocjonalno-społecznej L. negatywnie wpłynęły na funkcjonowanie i zachowanie całej klasy. L. początkowo nieakceptowany i wyśmiewany przez rówieśników zaczął sprawiać coraz to poważniejsze trudności wychowawcze. Nasiliły się również trudności w nauce szkolnej. W klasie L. był osamotniony, nie miał kolegów, często popadał w różne konflikty. Grupa, która do tej pory była zespołem zgranym i tolerancyjnym, zaczęła reagować z większą agresją. W klasie zaczęły dziać się niepokojące zjawiska np.: przezywanie, bicie, skarżenie, oskarżanie, przeszkadzanie. Często również swoje

nieprawidłowe zachowania dzieci przypisywały L.. Zauważyłam, że niektórzy chłopcy posługiwali się L. w celu wywołania niepotrzebnych konfliktów w klasie.

L. starał się zwrócić na siebie uwagę, robił to jednak niewłaściwie, co spowodowało, że po pewnym czasie był postrzegany przez rówieśników a także ich rodziców jako dziecko złe i niezdolne. Na taką opinię zasłużył sobie po wielu chuligańskich wybrykach.

d) prognoza negatywna

Na podstawie własnych doświadczeń oraz wiedzy z tego zakresu mogłam postawić diagnozę prognostyczną, że brak akceptacji przez grupę rówieśniczą będzie nasilał u L. zachowania negatywne. Niezaspokojenie podstawowych potrzeb psychicznych spowoduje u dziecka poczucie zagrożenia i silne negatywne emocje, przede wszystkim lęk i gniew. Pod wpływem dłuższej trwającej izolacji zachowanie dziecka ulegnie wtórnej patologizacji (H. Spionck 1968, H. Nartowska 1980). Może ona iść w dwóch kierunkach. Pierwszy to postępujący proces nerwicowania się dziecka, drugi to zaburzenia typu socjopatycznego, istotą którego jest brak interioryzacji norm moralnych, a na czoło objawów wysuwa się agresja oraz aspołeczne formy zachowania. Te wtórne zaburzenia blokują dalszy rozwój dziecka i prowadzą do nasilenia trudności w nauce.

e) prognoza pozytywna

Poprawne i szybkie zdiagnozowanie problemu nadpobudliwości u dziecka w młodszym wieku szkolnym pozwoli zredukować nieprawidłowości rozwojowe w sferze emocjonalno-społecznej i umysłowej. Należy objąć dziecko wielostronną, profesjonalną, terapeutyczną pomocą. Dostarczenie dziecku pozytywnych wzorców zachowania, wspieranie samooceny dziecka, likwidowanie trudności w nauce przyczynią się do lepszego funkcjonowania dziecka w grupie społecznej.

f) propozycje rozwiązań

Podstawą pracy z dzieckiem jest wiedza na temat nadpobudliwości psychoruchowej oraz cierpliwa, spokojna, pełna zrozumienia i życzliwości postawa rodziców. W przypadku L. opracowałam cykl zajęć o charakterze socjoterapeutycznym. Zajęcia zakładały realizację trzech podstawowych celów:

- a) terapeutycznego, rozumianego jako stworzenie możliwości odreagowania napięć oraz uzyskanie korekcyjnych doświadczeń emocjonalnych w trakcie

uczestnictwa w zajęciach (zdobycie umiejętności radzenia sobie ze stresem, własnymi emocjami, rozwiązywaniem problemów, odreagowaniem napięć itp.)- ćwiczenia indywidualne z L. ,

b) socjoterapeutycznego, nabywanie przez dziecko pewnych umiejętności społecznych – ćwiczenia z grupą,

c) edukacyjnego, wyrównywanie braków w nauce szkolnej (czytanie, pisanie, liczenie) – zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze.

Głównym celem zajęć było dostarczenie L. oraz dzieciom okazji do przeżycia pozytywnych doświadczeń społecznych, nabycie umiejętności radzenia sobie z własną nadpobudliwością oraz radzenie sobie z nadpobudliwością kolegi, wyćwiczenie różnych sposobów radzenia sobie z własnymi emocjami.

Równoległe prowadziłam spotkania z matką chłopca. Matka otrzymała ode mnie wskazówki opracowane przez specjalistów PPP:

1. Unikać sytuacji powodujących dodatkowe napięcia u dziecka w domu.
2. Przestrzegać regularnego trybu życia: stałe godziny posiłków, odrabiania lekcji, snu i zabawy.
3. Wypracować konsekwentne i jednolite formy postępowania z dzieckiem.
4. Nie tylko zwracać uwagę na dziecko tylko wtedy, gdy zachowuje się ono niepoprawnie, zwracać uwagę na zachowania pozytywne i negatywne.
5. Wydawać polecenia w krótkiej formie.
6. Organizować zabawy i czas wolny dziecka według ściśle ustalonych reguł:
 - umożliwić zaspokojenie potrzeby ruchu oraz wdrażać do zajęć wymagających spokoju i skupienia,
 - przeplatać zabawy ruchowe zabawami cichymi (lepienie z plasteliny, słuchanie czytanej przez mamę książki itp.),
 - ograniczać zabawy czasem i regułami gry (matka daje przykład zachowań podczas przegranej),
 - uczyć ponoszenia konsekwencji za niewłaściwe zachowania (przepraszam, proszę),
 - ograniczyć liczbę bodźców (za dużo zabawek, radio, telewizor, komputer itp.).
7. Organizować pracę i naukę według następujących reguł:
 - każde zadanie, czynność domowa dokończona,
 - kontrola nad pracą dziecka nie powinna polegać na krytykowaniu, ale na poszukiwaniu innych rozwiązań,
 - ze względu na problemy z koncentracją uwagi dziecko powinno uczyć się w krótkich odcinkach czasu (15-20 min.), przerwy przeznaczać na ćwiczenia relaksacyjne,
 - lekcje dziecko powinno odrabiać, kiedy w domu jest najmniejszy ruch, na stole (biurku) leży tylko to, co służy do pracy,
8. Podkreślać u dziecka jego dobre i mocne strony osobowości.

Uwagi końcowe

Nie ma terapii, która gwarantuje pełne pokonanie problemów i całkowite wyleczenie. Dziecko nadpobudliwe, gdyby mogło wybierać, nie chciałoby być nadpobudliwe. Chciałoby być chwalone, grzeczne, zdolne i lubiane. Nauczyciele, rodzice i rówieśnicy mogą pomóc dziecku zaakceptować siebie oraz pomóc w osiągnięciu sukcesów życiowych. Obecnie L. jest uczniem klasy czwartej. Jego niewłaściwe zachowania są mniej widoczne, a kontakty z rówieśnikami są poprawne. Ma również swojego „najlepszego” kolegę, z czego jest niezmiernie dumny.

Jak już wspomniałam, problem nadpobudliwości psychoruchowej jest z roku na rok coraz powszechniejszym zjawiskiem. Ważne staje się, aby środowisko szkolne tj. nauczyciele, wychowawcy i pedagodzy szkolni potrafili radzić sobie w sytuacji, gdy przyjdzie im pracować z dzieckiem nadpobudliwym i jego rodzicami. Dlatego należy:

- umiejętnie prowadzić obserwację swojego zespołu uczniowskiego w celu wykrycia zaburzeń rozwojowych,
- poprawnie zdiagnozować zaobserwowane nieprawidłowości zachowania,
- poszerzyć swoją wiedzę na temat nadpobudliwości psychoruchowej,
- otoczyć opieką socjoterapeutyczną uczniów z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej,
- prowadzić rozmowy z rodzicami dziecka w celu wypracowania odpowiednich mechanizmów wychowawczych.

Praca z dzieckiem nadpobudliwym pozwoliła mi na:

- lepsze poznanie problemu nadpobudliwości psychoruchowej u dzieci,
- studiowanie fachowej literatury,
- zrozumienie środowiska rodzinnego, rówieśniczego, relacji panujących w tych środowiskach i wpływanie na korygowanie nieprawidłowych oddziaływań,
- opracowanie i przeprowadzenie wg własnego pomysłu cyklu zajęć o charakter socjoterapeutycznym.

Bibliografia:

- Hallowell E.M., Ratey J.J., *W świecie ADHD, Nadpobudliwość psychoruchowa z zaburzeniami uwagi u dzieci i dorosłych*, Poznań 1994
- Perry D.B., Pollard A.R., Blakley I.T., Baker I.W., D.Vigilante *Childhood Trauma, the Neurobiology of Adaptation, and 'Use-dependent' Development of the Brain: How 'States' Become 'Traits'*. Infant Mental Health Journal, 1995, Vol.16.
- Pisula A., *Nadpobudliwość psychoruchowa jako zaburzenie neurorozwojowe*, Warszawa 2003.
- Prekop J., Schweizer *Niespokojne dzieci, Poradnik dla zaniepokojonych rodziców*, Poznań 1997.
- Serfontein g., *Twoje nadpobudliwe dziecko, Poradnik dla rodziców*, Warszawa 1999.
- Siegel J.D., *The developing mind. Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York 1999, London: The Guilford Press.
- Spionek H., *Zaburzenia psychoruchowego rozwoju dziecka*. Wyd. 2, Warszawa 1969.
- Wolańczyk T., Kołakowski A., Skotnicka M., *Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci, prawie wszystko co chcielibyście wiedzieć, Książka dla rodziców, nauczycieli i lekarzy*, Lublin 1999.
- Liwska M., Wolańczyk T., Kołakowski A. wg.: *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition. Washington; American Psychiatric Association 1994.

Summary

Children affected by the Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) find it difficult to remain attentive and control their impulsivity. They are also characterized by increased activity. Hyperactivity Disorder occurs when these symptoms are incommensurate with the child's age and stage of development, when they result in serious failures both at school and home, and when they have a negative influence on the child's family life, school performance and overall development.

An early and accurate ADHD diagnosis, as well as being familiar with the problem and its implications, will enable teachers to start applying adequate working methods, offer valuable advice to the child's parents and conduct sociotherapeutic classes.