

Lidia Kurczyk

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem koncentracji uwagi

„ADHD jest prawdziwym zaburzeniem, rzeczywistym problemem, a często poważną przeszkodą. Może złamać serce i zszargać nerwy.” Russel Barkley

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi jest jednym z najczęstszych neurorozwojowych zaburzeń u dzieci. Charakterystyczną cechą zespołu hiperkinetycznego jest obecność trwałych wzorców zachowania, które utrzymują się co najmniej sześć miesięcy i układają się w charakterystyczną **triadę objawów**.

Zaliczamy do nich:

- **problemy z utrzymaniem uwagi**
- **nadruchliwość**
- **nadmierną impulsywność.**

Wyżej wymienione objawy są nasilone w niewspółmiernym stopniu do wieku i poziomu rozwoju dziecka.

Do innych, stałych cech zespołu nadpobudliwości należą:

- gorsza niż u rówieśników umiejętność rozumienia i przestrzegania norm społecznych,
- „badanie” granic i trwałości norm i zakazów.

Obserwacje kontaktów społecznych dzieci nadpobudliwych prowadzą do wniosku, że następstwem osiowych objawów ADHD - nieuwagi, nie kończenia zadań, zachowań impulsywnych - jest odrzucanie dzieci zespołem hiperkinetycznym przez ich rówieśników (T. Wolańczyk, A. Kołakowski, A. Pisula, A. Bryńska, Warszawa 2005, s.7).

Klasyfikacje diagnostyczne

W Polsce obowiązuje Międzynarodowa Klasyfikacja ICD-10, określająca ADHD jako zespół hiperkinetyczny (F.90).

ICD-10 –badawcze kryteria diagnostyczne zespołu hiperkinetycznego

Rozpoznanie zaburzeń hiperkinetycznych do celów badawczych wymaga stwierdzenia wyraźnie nieprawidłowego nasilenia zaburzeń uwagi, nadmiernej aktywności i niepokoju, które wzmagają się w różnych sytuacjach i utrzymują się w czasie, a które nie są spowodowane przez inne zaburzenia, takie jak autyzm i zaburzenia afektywne.

G.1 Zaburzenia koncentracji uwagi

Co najmniej 6 z następujących objawów braku uwagi utrzymywało się przez co najmniej sześć miesięcy w stopniu prowadzącym do nieprzystosowania lub niezgodnych z poziomem rozwoju dziecka.

1. Częste nie zwracanie bliższej uwagi na szczegóły lub częste beztroskie błędy w pracy szkolnej, pracy lub w innych czynnościach.
2. Częste niepowodzenia w utrzymaniu uwagi na zadaniach lub czynnościach związanych z zabawą.
3. Często wydaje się nie słyszeć co zostało do niego (do niej) powiedziane.
4. Częste niepowodzenia w postępowaniu według instrukcji albo w kończeniu pracy, pomocy w domu lub obowiązków w miejscu pracy (ale nie z powodu zachowania opozycyjnego, ani niezrozumienia poleceń).
5. Często upośledzona umiejętność organizowania zadań i aktywności.
6. Częste gubienie rzeczy niezbędnych do niektórych zadań lub czynności, jak wyposażenie szkolne, ołówki, książki, zabawki lub narzędzia.
7. Częste unikanie lub silna niechęć do takich zadań jak praca domowa wymagająca wytrwałego wysiłku umysłowego.
8. Często łatwa odwracalność uwagi przez zewnętrzne bodźce.
9. Częste zapomnianie w toku codziennej aktywności.

G.2 Nadmierna aktywność

Co najmniej trzy z następujących objawów nadmiernej aktywności utrzymywały się przez co najmniej 6 miesięcy w stopniu prowadzącym do nieprzystosowania lub niezgodnym z poziomem dziecka.

1. Często niespokojnie porusza rękoma lub stopami, albo wierci się na krześle.
2. Opuszcza siedzenie w klasie lub w innych sytuacjach, w których oczekiwane jest utrzymanie pozycji siedzącej.
3. Często nadmierne rozbieganie lub wtrącanie się w sytuacjach, w których jest to niewłaściwe (w wieku młodzieńczym lub u dorosłych może występować jedynie poczucie niepokoju).
4. Często przesadna hałaśliwość w zabawie lub trudność zachowania spokoju w czasie wypoczynku.
5. Przejawia utrwalony wzorzec nadmiernej aktywności ruchowej, praktycznie nie modyfikowany przez społeczny kontekst i oczekiwania.

G.3 Impulsywność

Co najmniej jeden z następujących objawów impulsywności utrzymywał się przez co najmniej 6 miesięcy w stopniu prowadzącym do nieprzystosowania lub niezgodnym z poziomem rozwoju dziecka.

1. Często udziela odpowiedzi zanim pytanie jest dokończony.
2. Często nie umie czekać w kolejce lub doczekać się swej rundy w grach lub innych sytuacjach grupowych.
3. Często przerywa lub przeszkadza innym (np. wtrąca się do rozmów lub gier innych osób).
4. Często wypowiada się nadmiernie bez uwzględnienia ograniczeń społecznych.

G.4 Początek zaburzenia nie później niż w wieku 7 lat

G.5 Całościowość

G.6 Objawy G 1-G 3 powodują istotne kliniczne cierpienie lub upośledzenie w zakresie funkcjonowania społecznego, szkolnego lub zawodowego.

G.7 Zaburzenie nie spełnia kryteriów całościowych zaburzeń rozwojowych, epizodu maniakalnego, epizodu depresyjnego, ani zaburzeń lękowych. *(Kolakowski A., Pisula A., Skotnicka M., Wolańczyk T., Warszawa 2005, s. 4)*

Kolejną klasyfikacją diagnostyczną jest klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM- IV TR, która wprowadza pojęcie **zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi**.

Zgodnie z klasyfikacją DSM-IV TR w obrębie ADHD wyróżniamy trzy podtypy:

- **podtyp z przewagą zaburzeń koncentracji uwagi** (6-9 objawów zaburzeń koncentracji uwagi i 0-5 objawów nadpobudliwości i impulsywności)
- **podtyp z przewagą nadpobudliwości i impulsywności** (0-5 objawów zaburzeń koncentracji uwagi i 6-9 objawów nadpobudliwości i impulsywności)
- **podtyp mieszany** (6-9 objawów zaburzeń koncentracji uwagi i 6-9 objawów nadpobudliwości i impulsywności)

Poniżej przedstawiam charakterystyczne cechy zachowań dziecka w zależności od podtypu ADHD jaki ono prezentuje:

ADHD – podtyp mieszany

Najczęstsze problemy w dziecka w szkole:

- nadmierna aktywność
- nieumiejętność zachowania ciszy
- gadatliwość
- wyrywanie się do odpowiedzi bez podnoszenia ręki

- niecierpliwość
- trudność w rozpoczęciu pracy
- praca poniżej potencjalnych możliwości
- spełnianie roli „klasowego błazna”
- domaganie się uwagi rówieśników
- nie akceptowanie konsekwencji swoich działań
- łatwe zniechęcanie się
- nie przestrzeganie reguł
- hałaśliwość
- przeszkadzanie
- domaganie się natychmiastowej gratyfikacji
- trudności w kontynuowanie nieinteresujących czynności

Najczęstsze problemy z rówieśnikami:

- skłonność do dotykania
- wtrącanie się
- skłonność do rozkazywania i kierowania
- upór
- niedostrzeganie sygnałów społecznych
- brak wrażliwości
- nieumiejętność wczucia się w sytuację drugiej osoby
- nieumiejętność ignorowania prowokacji
- częste domaganie się zmiany aktywności
- częste odrzucanie przez rówieśników

Najczęstsze problemy w domu:

- nie słucha
- zadania domowe wykonuje pośpiesznie lub ich nie kończy
- wtrąca się do rozmów
- nie odkłada przedmiotów na właściwe miejsce
- wpada w złość gdy jego potrzeby nie zostają szybko zaspokojone
- zapomina o obowiązkach
- marudzi rano
- nie znosi oczekiwań
- najpierw działa, potem myśli
- jest lekkomyślne

ADHD - podtyp z przewagą braku koncentracji uwagi

Najczęstsze problemy dziecka w szkole:

- marzyciel
- nie kończy zadań
- zapomina
- nie zwraca uwagi na szczegóły
- robi wrażenie zmęczonego
- zagubione
- niezorganizowane
- wciąż coś gubi
- ma wieczny bałagan na biurku
- kiepskie wyniki w nauce
- wymaga ścisłego nadzoru podczas pracy
- ma ogromne problemy ze skupieniem uwagi
- łatwo rozprasza się pod wpływem zewnętrznych bodźców

Najczęstsze problemy z rówieśnikami:

- „nieobecne”
- ciche
- ignorowane przez rówieśników
- społecznie niedojrzałe

Najczęstsze problemy w domu:

- nie kończenie zadań
- nie wywiązywanie się z obowiązków domowych
- wymaga nieustannego przypominania
- bałaganiarz
- niezorganizowany
- wciąż coś gubi
- robi wrażenie nieobecnego

Podtyp z przewagą nadruchliwości

Jest to podtyp mało zbadany. Określa się nim dzieci nadmiernie aktywne i impulsywne, lecz nie zdradzające braku koncentracji uwagi. Około połowy dzieci z tym podtypem ADHD jest w wieku przedszkolnym lub w pierwszej klasie. Badacze sądzą, że wiele z nich zacznie przejawiać oznaki braku koncentracji uwagi, gdy zetkną się z zajęciami szkolnymi wymagającymi skupienia i pracy przy biurku. Oznacza to, że w miarę dorastania dzieci te zaczną spełniać kryteria podtypu mieszanego ADHD (*Pfiffner L., Poznań 2004, s. 20-25*)

Etiologia i epidemiologia ADHD

Na przestrzeni lat istniało wiele teorii próbujących wyjaśnić przyczyny występowania zespołu nadpobudliwości psychoruchowej. Mówiono o mikrouszkodzeniach ośrodkowego układu nerwowego, przyczyn występowania ADHD dopatrywano się również w przewlekłym zatruciu ołowiem czy alergii pokarmowej na barwniki i konserwanty.

Najnowsze badania wskazują, że ADHD jest zaburzeniem neurorozwojowym, uwarunkowanym genetycznie- częstość dziedziczenia sięga 80%. Najprawdopodobniej ADHD jest zaburzeniem poligenicznym, a w jego powstaniu odgrywają rolę mutacje w obrębie genów, aktywnych w korze przedczołowej i jądrach podstawnych (*Wolańczyk T. Kołakowski A., Pisula A., Bryńska A., Warszawa 2005, s. 14.*)

Obecnie uważa się, że przyczyną ADHD są problemy w zakresie hamowania własnych zachowań, związane z późniejszym dojrzewaniem pewnych struktur mózgowych, spowodowane czynnikami dziedzicznymi ((*Wolańczyk T., Kołakowski A., Pisula A., Bryńska A., Warszawa 2005, s. 15.*)

Zgodnie z teorią Barkleya obserwowane u dzieci z ADHD defekty genetyczne i zmiany strukturalne w mózgu mogą utrudniać dziecku zdolność hamowania zachowań oraz odraczania pierwotnej reakcji motorycznej czyli samokontroli niezbędnej do wykonania każdego zadania. Sama zdolność skupiania uwagi nie jest w zasadzie u takich osób upośledzona, rzecz w tym, że uwaga kieruje się na zbyt wiele bodźców zewnętrznych i wewnętrznych . Przetwarzanie informacji jako takie nie jest zaburzone. Dzieci mają jedynie problem z oceną, jaki bodziec jest w danej chwili istotny, trudno wybrać im ten, który ze względu na wykonanie danego zadania jest najważniejszy, „zatrzymać go” w polu uwagi aż do momentu, kiedy wymogi sytuacji pozwolą „uwolnić go” i zająć się następnym (*Neuhaus C., Dziecko nadaktywne, Warszawa 2003, s. 61.*)

Barkley w impulsywności i w niedostatkach autoregulacji i samokontroli widzi główną przyczynę trudności w rozszerzaniu pamięci operacyjnej, w uwewnętrznianiu mowy, tłumieniu afektów; z tych samych powodów zaburzona jest kontrola motoryki podczas wykonywania czynności. Upośledzona jest także zdolność koordynacji i korygowania działań prowadzących do celu w oparciu o analityczne procesy myślowe ((*Neuhaus C., Dziecko nadaktywne, Warszawa 2003, s 62*).

Większość badaczy zakłada, że u podłoża ADHD leży nieprawidłowa połączeń między komórkami nerwowymi (połączeń neuronalnych), między korą mózgu (zwłaszcza płatami czołowymi) a jądrami podkorowymi. Wiąże się to także z nieprawidłowym przekazywaniem informacji za pomocą dopaminy i noradrenaliny. Wyniki badań biochemicznych wskazują na obniżony poziom tych substancji i ich pochodnych u dzieci z ADHD (*Kolakowski A., Wolańczyk T., Pisula A., Skotnicka M., Bryńska A., Gdańsk 2007, s. 32*).

Wykazano również, że dzieci z ADHD mają mniejszą całkowitą objętość mózgu i mózdzku o około 3-4%, natomiast badania czynności mózgu wykazują, że zmniejszony jest przepływ krwi w płatach czołowych i jądrach podstawy.

Obecny stan badań pozwala na uznanie niewątpliwie neurologicznego podłoża zaburzenia, które określa jako zespół deficytu „automatycznej” kontroli zachowania i samoregulacji, prowadzący do opóźnienia rozwoju o 30% w stosunku do rówieśników.

Współcześnie zdecydowanie odrzuca się czynnik wychowawczy, jako przyczynę zaburzeń przy stwierdzonym pierwotnym osłabieniu mechanizmów motywacyjnych i ograniczeniu zdolności modyfikacji własnych zachowań zależnie od wymogów sytuacji. Jednakże często już we wczesnym okresie życia dołączają niekorzystne warunki otoczenia, które mogą znacznie skomplikować obraz zaburzenia (*Neuhaus C., Warszawa 2003, s. 63-64*).

Epidemiologia

Rozpowszechnienie zespołu nadpobudliwości psychoruchowej waha się od 3 do 5%, choć obecnie wielu lekarzy zajmujących się tym zaburzeniem podkreśla, że wskaźnik ten jest wyższy. Najwięcej przypadków ADHD występuje między 6 a 9 rokiem życia, ale tylko 20% dzieci trafia pod opiekę specjalistów. Częstość występowania ADHD maleje z wiekiem, nie mniej u około 70% osób objawy występują również w wieku dorastania a u około 30% - 50% osób dotkniętych zespołem utrzymują się również w wieku dorosłym. ADHD występuje we wszystkich kulturach, na całym świecie.

Do niedawna uważano, że zespół nadpobudliwości psychoruchowej rzadziej dotyka dziewcząt. Obecne badania epidemiologiczne wykazują, że stosunek liczby chłopców z ADHD do liczby dziewcząt z zespołem nadpobudliwości wynosi 2:1.

Reasumując, można stwierdzić, że zespół nadpobudliwości psychoruchowej jest zaburzeniem neurorozwojowym uwarunkowanym genetycznie, natomiast częstość występowania maleje z wiekiem, bowiem dzieci nadpobudliwe z wiekiem wyrastają z objawów zaburzenia.

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej pojawia się bardzo wcześnie, większość dzieci ma problemy również w okresie dojrzewania, a około połowa również w życiu dorosłym. ADHD u dziecka zauważalne jest już w przedszkolu. Najczęściej manifestuje się wzmożoną aktywnością ruchową, co wiąże się z koniecznością sprawowania nieustannego nadzoru nad dzieckiem. Przedszkolak z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej jest nieustannie w ruchu, częściej niż inne dzieci wpada w tarapaty, reaguje frustracją na wszelkie niepowodzenia. Zwykle poszukuje towarzystwa innych dzieci lecz kontakty z nimi często kończą się bójkami, zabieraniem zabawek, popychaniem co w rezultacie jest przyczyną odrzucania dziecka przez rówieśników. Zdarza się również, że dziecko z ADHD jest usuwane z przedszkola.

Często jednak bywa, że ADHD rozpoznawane jest dopiero u dziecka w młodszym wieku szkolnym, szczególnie wtedy, gdy objawy zespołu nie były nadmiernie nasilone.

Szkola stawia przed dzieckiem warunki nie do pokonania - dopiero w obliczu konieczności dostosowania się do wymogów szkoły w pełni manifestują się objawy zespołu hiperkinetycznego.

Uczeń z ADHD odbierany jest jako gorszy, nieposłuszny, niegrzeczny, mniej dojrzały niż jego rówieśnicy, infantylny. W tym okresie zespół nadpobudliwości występuje w swojej prototypowej formie. Dziecko napotyka na ogromne trudności związane ze spełnieniem podstawowych wymogów szkolnych, dostosowaniem się do reguł panujących w szkole, słuchaniu poleceń nauczyciela.

Zadania domowe często są nie odrobione lub nie ukończone, oceny dużo poniżej potencjalnych możliwości dziecka. Dziecko doświadcza pierwszych niepowodzeń szkolnych. Nie potrafi również nawiązywać prawidłowych relacji z rówieśnikami, co jest przyczyną wykluczenia dziecka z grupy lub pełnienia przez niego roli „klasowego błazna”.

Jeśli dziecko nie jest leczone, w gimnazjum i szkole średniej trudności najczęściej potęgują się. Jest to okres, kiedy u zdrowych rówieśników rozwija się samokontrola i odpowiedzialność, cechy które u dzieci z ADHD są niedostatecznie rozwinięte lub ich brakuje.

Niektóre objawy, szczególnie nadaktywność, ulegają powolnemu wygaszaniu, choć nadal są widoczne w porównaniu z innymi uczniami. Nawet, jeśli nadruchliwość ogranicza się jedynie do miejsca siedzenia, to i tak uczeń ma trudności w skoncentrowaniu się na słowach nauczyciela. Notatki są niekompletne, zadania domowe nieodrobione, gdyż z reguły dziecko nie zapisuje pracy domowej. Równie wiele problemów przysparza nastolatkowi impulsywność.

Wszystkie wyżej wymienione problemy „nakręcają” spiralę niepowodzeń szkolnych i trudności emocjonalnych, co nierzadko jest przyczyną częstych zmian szkoły, bądź jej niekończenia. Jest to również okres pojawiania się powikłań zespołu nadpobudliwości-nastolatek ma zaburzenia zachowania, często cierpi na depresję, ma znacznie zaniżoną samoocenę, a w skrajnych przypadkach wchodzi w relacje z grupami przestępczymi, nadużywa substancji psychoaktywnych. Ponadto na wszystkie trudności związane z ADHD nakładają się problemy rozwojowe związane z dojrzewaniem młodego człowieka.

Rodzina dziecka z ADHD

„W domu, gdzie mieszka ktoś z ADHD, nawet kot i złota rybka mogą potrzebować terapii” T. Wolańczyk

Powyższe stwierdzenie dobitnie obrazuje codzienne życie w rodzinie dziecka z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej.

Wychowywanie dziecka z ADHD jest bardzo trudne - posiadanie dziecka dotkniętego zespołem hiperkinetycznym w znacznym stopniu wpływa na relacje między rodzicami, rodzicami a dziećmi jak również między rodzeństwem.

Dziecko z ADHD od najmłodszych lat wymaga nieustannej uwagi, ciągłego czuwania a rodziców co krok spotykają niespodzianki ze strony pociechy - najczęściej te mało sympatyczne. Nadmierne rozbieganie, hałaśliwość, gadulstwo, impulsywność, nieuwaga, bezmyślność, bałaganiarstwo to tylko przykładowa lista problemów, z którymi na co dzień spotykają się i muszą im zaradzić rodzice dziecka z nadpobudliwością. Kłopoty w domu potęguje niezrozumienie społeczne- opiekunowie dziecka z ADHD spotykają się prawie wyłącznie z negatywnym odbiorem. Zarzuca się im, że nie potrafią wychować dziecka, że są rodziną patologiczną, podejrzewani są o przemoc domową. Nierzadko tragiczną sytuację dopełnia niezrozumienie ze strony szkoły. Ponadto rodziców często dręczy niepewność- które

zachowania dziecka związane są z objawami zespołu hiperkinetycznego, a które wyuczonymi zachowaniami, nastawionymi na uzyskanie korzyści.

Odrębną grupą problemów jest komunikacja z dorastającym dzieckiem dotkniętym ADHD. W okresie adolescencji do objawów zespołu dołączają te, które wynikają z naturalnego dla rozwoju dziecka okresu buntu. Jest to moment, gdy najczęściej pojawiają się zachowania opozycyjno - buntownicze, zaburzenia agresywne, mogą również pojawić się zachowania antyspołeczne.

Niezmiernie ważne jest by pracę zarówno z dzieckiem jak i rodziną rozpoczynać jak najwcześniej - zanim dojdzie do powikłań zespołu nadpobudliwości. Wieloletnie, nasilone problemy, jakie niesie ze sobą posiadanie dziecka z ADHD powodują huśtawkę emocjonalną rodziców miotanych sprzecznymi uczuciami - z jednej strony bowiem kochają bezgranicznie swoje dziecko, z drugiej - prawie je nienawidzą. Doświadczają poczucia winy, lęku, klęski, osamotnienia. Obciążanie wyłącznie rodziców za zachowanie dziecka potęguje ich problemy, nie wiedzą bowiem jak bronić swoje dziecko przed niepowodzeniami, atakami ze strony rówieśników i dorosłych. Środkiem zaradczym jest pomoc rodzinie w postaci terapii grupowej oraz, jeśli zachodzi taka potrzeba również indywidualnej.

Model pomocy dziecku z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej w Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej w Słupsku

Diagnoza, leczenie, zaburzenia współistniejące

ADHD uważa się za zaburzenie neurorozwojowe uwarunkowane dziedzicznie, wynikające ze specyficznego sposobu dojrzewania mózgu.

Przyczyną ADHD jest złe funkcjonowanie niektórych struktur mózgowych- gorzej pracują części mózgu odpowiedzialne za kontrolę ruchu, impulsywność, uwagę.

Ostatnie badania naukowe wykazały, że u dzieci tych zaburzona jest równowaga między wytwarzaniem i funkcjonowaniem dopaminy, której zadaniem jest selekcjonowanie bodźców docierających do mózgu i umożliwienie koncentracji na wybranym bodźcu i noradrenaliny regulującej poziom pobudzenia.

Ostatnio wiele mówi się o problemie ADHD. Zapanowała swoista moda, by każde -od czasu do czasu niespokojne, bądź trudne dziecko- podejrzewać o zespół nadpobudliwości psychoruchowej. Jednakże, by u dziecka można było rozpoznać ADHD, musi wystąpić

odpowiednia liczba objawów zaburzenia, a samo dziecko musi spełniać kilka dodatkowych warunków wynikających z klasyfikacji diagnostycznych:

1. Nasilenie objawów musi być większe niż normalny obraz danej cechy u dzieci w tym samym wieku.
2. Objawy muszą powodować pogorszenie funkcjonowania.
3. Objawy są stałą cechą występującą od lat. Powinny ujawnić się przed 7 rokiem życia.
4. Objawy zespołu nadpobudliwości psychoruchowej nie są częścią innego zaburzenia.

Mówiąc o diagnozie zespołu hiperkinetycznego należy pamiętać, że jest to rozpoznanie kliniczne. Nie ma żadnych badań laboratoryjnych, które pozwolą na postawienie lub wykluczenie takiego rozpoznania. Często jednak konieczne jest wykonanie badań dodatkowych, co pozwoli na wykluczenie innych chorób dających podobny obraz jak ADHD (Kolakowski A., Wolańczyk T., Pisula A., Skotnicka M., Bryńska A., Gdańsk 2007, s.75).

Formalna diagnoza zespołu hiperkinetycznego wymaga przestrzegania określonych procedur, co pomoże w postawieniu jak najbardziej obiektywnej diagnozy.

Typowe postępowanie diagnostyczne obejmuje:

1. Wywiad dotyczący problemu, z jaki zgłaszają się opiekunowie dziecka, oraz tego, jak problem przejawiał się w przeszłości. W wypadku zespołu nadpobudliwości psychoruchowej wywiad skupia się przede wszystkim na obecności i nasileniu poszczególnych objawów. Ważne jest też zebranie informacji o innych występujących u dziecka problemach zwłaszcza tych, które można pomylić z ADHD.

2. Wywiad rozwojowy - dzięki niemu profesjonaliści dowiadują się, czy dziecko miało jakieś problemy rozwojowe, czy zaszły zdarzenia, które mogły wpłynąć na to, jak dziecko funkcjonuje w chwili badania. Zainteresowanie badającego skupia się na takich zagadnieniach dotyczących życia dziecka, jak : ciąża i poród, pierwsze miesiące życia, rozwój ruchowy, rozwój mowy, rozwój kontaktów z innymi dorosłymi czy dziećmi, nawyki czystości, zachowanie dziecka w przedszkolu i w szkole, ważne wydarzenia życiowe.

3. Wywiad rodzinny - jest jednym z podstawowych źródeł informacji, ponieważ znaczny wpływ na funkcjonowanie dziecka ma sytuacja rodzinna.

4. Rozmowa z dzieckiem zawsze jest elementem stawiania diagnozy. W jej trakcie trzeba nie tylko potwierdzić, że dziecko ma ADHD, ale- co dużo istotniejsze- sprawdzić, czy nie przejawia innych zaburzeń. W trakcie rozmowy trzeba stwierdzić, jaka jest samoocena dziecka, jak radzi ono sobie z trudnościami, jak postrzega swoje życie i rodzinę.

5. Zebranie wiadomości na temat funkcjonowania dziecka w szkole (nauka, zachowanie, kontakty z rówieśnikami, obecność objawów ADHD).

6. Wypełnienie przez osobę diagnozującą kwestionariuszy na temat obecności objawów ADHD, a przez rodziców i nauczycieli- skal oraz kwestionariuszy zawierających pytania dotyczące ADHD.

7. Konsultacja lekarska i diagnoza psychologiczna.

Podczas diagnozowania bezwzględnie wykluczyć należy :

- zaburzenia psychiczne, w tym: depresję, hypomanię i manię, zaburzenia lękowe, całościowe zaburzenie rozwojowe, upośledzenie umysłowe, zaburzenia psychotyczne, uzależnienia, zespół maltretowanego dziecka;
- choroby somatyczne: nadczynność tarczycy, alergię, astmę, przewlekłe zatrucie ołowiem, chorobę reumatyczną- płasawicę Sydenhama;
- choroby neurologiczne, m.in: padaczkę, Zespół Wiliamsa, Zespół łamliwego chromosomu X, itp.;
- inne, takie, jak: niedosłuch, problemy z widzeniem, nudzące się dziecko w klasie, działania uboczne leków.

Z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej mogą natomiast współwystępować:

- zaburzenia zachowania;
- zaburzenia lękowe;
- zaburzenia nastroju;
- specyficzne trudności szkolne;
- Zespół Touretta;
- zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne
- uzależnienia.

Niezmiernie istotne jest zarówno rzetelne, prawidłowe zdiagnozowanie dziecka, jak i późniejsza opieka nad nim i jego rodziną. Największe wyzwania czekają rodziców i nauczycieli, czyli osoby bezpośrednio z dzieckiem pracujące. Od wdrożonego przez nich sposobu wychowania zależy powodzenie terapii i poprawa funkcjonowania dziecka w życiu. Dlatego właśnie oni, jako pierwsze, najbliższe dziecku osoby powinny zadbać o to, by dziecko we właściwym czasie trafiło do specjalistów. Sami powinni zadbać o stan swojej

wiedzy na temat zespołu hiperkinetycznego, jak również stosować odpowiednie dla dziecka metody i formy pracy.

Pomoc bezpośrednia rodzinie i dziecku z zaburzeniami hiperkinetycznymi

W ramach pomocy dzieciom i ich rodzicom proponuje się następujący tok postępowania: w ramach kwalifikacji na zajęcia grupowe dziecko poddawane jest pełnej diagnozie psychologiczno - pedagogicznej. Następnie prowadzone są konsultacje medyczne mające na celu potwierdzenie / wykluczenie wstępnej diagnozy ADHD. Po spełnieniu wymogów formalnych dziecko objęte zostaje terapią grupową. W szczególnych przypadkach jest to najpierw terapia indywidualna, zdarzają się bowiem przypadki, gdy dziecko początkowo nie radzi sobie w sytuacjach grupowych. Terapią w ramach zajęć grupowych objęte są dzieci od 4 do 10 roku życia. Po ukończeniu klasy trzeciej szkoły podstawowej uczestniczą dodatkowo w trzydziestogodzinnym treningu zastępowania agresji TZA/ART. Dzieci mające specyficzne trudności w czytaniu i pisaniu uczestniczą również w zajęciach terapii pedagogicznej.

Rodzice dzieci zakwalifikowanych na zajęcia zobowiązani są do uczestniczenia w 12-tygodniowym cyklu warsztatów dla rodziców dzieci z ADHD. Ci, którzy mają problemy rodzinne mogą równolegle uczestniczyć w terapii rodzin. Część decyduje się również na trening asertywności.

Równolegle odbywają się szkolenia dla nauczycieli mające na celu zapoznanie pedagogów z metodami i technikami terapii behawioralnej.

Wszystkie zajęcia odbywają się na terenie poradni psychologiczno - pedagogicznej i są bezpłatne.

Zajęcia grupowe dla dzieci z nadpobudliwością psychoruchową z deficytem koncentracji uwagi

w Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej w Słupsku

Zajęcia grupowe odbywają się w cyklu cotygodniowym i trwają 90 minut. Dzieci podzielone są na trzy grupy wiekowe: dzieci 4-6 letnie, dzieci 6-8 letnie i dzieci 8-10 letnie. Każda grupa liczy 10 - 12 uczestników. Zajęcia prowadzą dwie terapeutki - Lidia Kurczyk i Jolanta Tomaszewska. Głównym celem zajęć jest profilaktyka, niwelowanie i minimalizowanie skutków nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem koncentracji uwagi.

Cel ten jest osiągany poprzez realizację celów pośrednich , czyli kształtowania u dzieci umiejętności:

- koncentracji uwagi;
- kontrolowania impulsywności;
- konstruktywnej analizy zachowań;
- skutecznego porozumiewania się;
- współdziałania;
- nazywania i wyrażania uczuć;
- adekwatnego reagowania na bodziec;
- wyrażania emocji poprzez różne rodzaje ekspresji: muzykę, plastykę, ruch;
- opanowywania i przewycięzania złości.

Struktura ramowa jest niezmienna i obejmuje:

- spotkanie w kręgu połączone z opowiadaniem przez dzieci co dobrego wydarzyło się w tygodniu poprzedzającym spotkanie;
- gry i zabawy integracyjne;
- zajęcia tematyczne;
- ćwiczenia relaksacyjne;
- krąg kończący zajęcia.

Stała, niezmienna struktura oraz jasno określone zasady podczas zajęć dają dzieciom poczucie bezpieczeństwa. Przez cały okres terapii stosowane są systemy żetonowe.

Rodzice dzieci aktywnie uczestniczą w terapii. Po każdym zajęciu prowadzone są indywidualne konsultacje, natomiast raz na trzy miesiące, podczas zebrania omawiane są postępy dzieci. Na zakończenie roku szkolnego wyrażają, w formie pisemnej swoją opinię na temat prowadzonych zajęć.

Poniżej przytaczam kilka takich opinii:

Mama chłopców lat 10 i 5:

„Dla Michała są to zajęcia, na które czeka z niecierpliwością. To tutaj nauczył się, że nie jest wyrzutkiem i odmieńcem. To tutaj dorośli traktują go z szacunkiem i zrozumieniem. Michał uwierzył, że jego problemy nie wynikają z lenistwa, złego wychowania lecz z choroby. Syn dostrzegł, że więcej dzieci ma podobne problemy. Na zajęciach w poradni Michał czuje się wartościowym, mądrym chłopcem, uczy się jak współpracować w grupie, jak żyć wśród kolegów. Nie czuje się i nie jest odrzucony przez innych. Nie czuje się izolowany, wręcz przeciwnie- lubi swoją grupę i nie mówi ja i grupa (co występuje w szkole) lecz mówi, my, moja grupa. Nikt na zajęciach nie śmieje się z niego, nie wytyka mu zachowania lecz akceptuje go takim jakim jest. Michał wie, że tu może mówić o sobie, swoich problemach, że wraz z terapeutkami i grupą można pokonać trudności. Cieszy się ze swoich sukcesów na zajęciach. To tu po raz pierwszy mógł być „szefem” grupy. Młodszy syn natomiast uczy się jak pracować z równolatkami. Lubi gry i zabawy, które proponują panie. Cieszy się, kiedy dostaje pochwały. Uczy się, że za złamanie zasad ponosi się konsekwencje. Każde zajęcia są bardzo ciekawe, wnoszą coś nowego. Chłopcy je uwielbiają.”

Rodzice chłopca, ucznia II klasy szkoły podstawowej:

„Nasze dziecko uczęszcza na zajęcia od roku. Do poradni syn trafił w związku z licznymi problemami w szkole, zarówno w kontaktach z nauczycielami jak i rówieśnikami. Nie wykonywał poleceń nauczycieli, odmawiał zabaw z dziewczynkami, nie radził sobie ze złością i przejawiał zachowania agresywne. Często w domu płakał w związku z problemami w szkole, miał bardzo niskie poczucie własnej wartości. Udział w zajęciach ma bardzo duży wpływ na syna. Nauczył się radzić sobie z zaczepkami innych dzieci, oceniać sytuację pod kątem tego czy warto mu wejść w zabawę, czy ta aktywność może spowodować dla niego kłopoty (bójka, uwaga nauczyciela). Odkąd chodzi na zajęcia jest bardziej stabilny emocjonalnie, szybciej wygasają u niego stany silnego pobudzenia. Dla nas, rodziców jest bardzo ważne to, że na zajęciach nauczył się prawidłowych reakcji w sytuacji zaczepki i agresywnych ataków ze strony kolegów. Jest też bardzo pomocny w domu - okazuje serdeczność, pomoc w codziennych czynnościach. Ma większą świadomość własnych

obowiązków, rozumie i przyjmuje reguły obowiązujące w domu - odrabianie lekcji, pakowanie tornistra, porządek. Zmniejszyła się ilość uwag w szkole. Pani częściej go chwali. Ma poczucie własnej wartości - już się nie obwinia, nie jest wobec siebie nadmiernie krytyczny. Pracuje z dziewczynkami.”

Mama chłopca, lat 10:

„Od czasu, gdy zaczął uczęszczać na zajęcia w poradni stał się chłopce stosującym zasady. Dotyczą one pracy w szkole, odrabiania lekcji, pomocy w domu, zabawy oraz zachowania. Pomaga nam to bardzo w systematycznej pracy nad zachowaniem, kształtowaniu silnej woli, cierpliwości i systematyczności w działaniu. Zajęcia nie tylko wyciszają moje dziecko, ale uczą również koncentracji uwagi”.

Tato chłopca, lat 5:

„Dla mnie najcenniejsze jest to, że Antoś chce chodzić na te zajęcia. Kiedy zabieram go z przedszkola, mówiąc – „idziemy do pani Lidki” synek rzuca wszystko, kończy natychmiast rozmowy z kolegami i biegnie do szatni się przygotować.

Po zajęciach, kiedy pytam panie- „no i jak sprawował się mój syn?” z reguły słyszę odpowiedź- „jak zwykle, bardzo dobrze”. To prawdziwy miód na serce dla rodzica, który przeważnie słyszy- „kręcił się na leżakach, biegał po sali, nie słuchał na zajęciach o wiosnie, zaglądał do skrzynki z instalacją elektryczną, rozmawiał podczas obiadu...itd, itp.” Czy naprawdę on nie robi (poza zajęciami w poradni) nic dobrze?!

Jeszcze jedno: on o tych zajęciach mówi tak samo chętnie jak o samochodach, koparkach, rakietach i rurach do pogłębiarki leżących na plaży w Ustce ☺.

Mama chłopca, ucznia I klasy szkoły podstawowej:

„Od czasu gdy chodzi na zajęcia widzę dużą poprawę w zachowaniu. (...) Syn z powodu swojej „inności” był odrzucany i miał zaniżoną samoocenę. Teraz, gdy jest pod stałą opieką poradni jego samoocena wzrosła, jest bardziej pewny siebie, mniej płacze, lepiej znosi porażki, niepowodzenia. Bardzo dużo daje mu kontakt z osobami, które go zaakceptowały. Było to dla niego pierwsze zetknięcie się z kimś, kto nie patrzył na niego jak na łobuza, rozwydrzone, źle wychowane dziecko, które wszystko robi źle. Miłość, ciepło i akceptacja oraz jasne granice i konsekwencja dały synowi poczucie większego bezpieczeństwa i normalności.”

Rodzice chłopca lat 9:

„Syn nasz miał bardzo duże problemy z koncentracją, nie potrafił w szkole napisać sprawdzianu, gdyż patrzył się w okno, nie pomagały uwagi nauczycielki. Od kiedy syn

uczęszcza na zajęcia w poradni nie ma takich problemów ze sprawdzianami, jest bardziej uporządkowany. W życiu codziennym stosuje zasady, które ustalili na zajęciach z prowadzącymi, jest spokojniejszy.”

Mama dziewczynki , lat 9:

- poznaje możliwe sposoby rozwiązywania problemów;
- zna zasady współzycia w grupie;
- uzyskuje wiele informacji na temat swoich emocji, potrafi je określić i nazwać;
- integruje się z otoczeniem, co do tej pory było dużym problemem;
- lubi spotykać się z dziećmi w grupie, ponieważ konflikty jakie się zdarzają są rozwiązywane na bieżąco i pokojowo;
- rozwija swoją wiedzę ogólną i wyobraźnię;
- po zajęciach jest spokojna z pozytywną energią;
- potrafi zorganizować sobie czas w domu;
- dorasta emocjonalnie;

Mama chłopca lat 10:

„Wyciszył się. Bardziej panuje nad emocjami. Potrafi opowiedzieć o wydarzeniu w szkole. Wcześniej wszystko ukrywał, kłamał, manipulował. W domu zupełnie inaczej funkcjonuje. Słucha. Łatwiej jest coś od niego wyegzekwować. Zaczął używać słów proszę, dziękuję. Wcześniej to się nie zdarzało. Potrafi zastanowić się nad swoim zachowaniem i po czasie określić czy zrobił coś dobrze, czy źle. Pochwały mobilizują go do działania.”

Warsztaty dla rodziców dzieci z ADHD w Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej w Słupsku

Zajęcia warsztatowe prowadzone są w oparciu o program opracowany w Centrum Terapii Behawioralnej w Warszawie. Odbywają się raz w tygodniu, trwają 120 minut. Grupa liczy od 15 do 20 osób. Przed zajęciami rodzice podpisują kontrakt, w którym zawarte są zasady pracy podczas warsztatów. Zobowiązują się w nim m.in. do regularnego uczestnictwa w zajęciach, przestrzegania tajemnicy poruszanych w trakcie spotkań problemów oraz rzetelnego odrabiania prac domowych.

Podczas pierwszego spotkania rodzice dzieci z ADHD mają możliwość wysłuchać wykładu na temat zespołu nadpobudliwości psychoruchowej. W ramach wykładu zapoznają się z następującymi zagadnieniami:

- określenie zespołu nadpobudliwości psychoruchowej, w tym: zespół charakterystycznych objawów- zaburzenia koncentracji uwagi, nadruchliwość, impulsywność;
- rozpowszechnienie i przyczyny ADHD;
- diagnoza i leczenie zespołu nadpobudliwości psychoruchowej (metody farmakologiczne i nie farmakologiczne);
- powikłania ADHD.

Po pierwszym spotkaniu zadaniem rodziców jest dokładne opisanie swojego dziecka- jego funkcjonowania w domu, szkole, cech temperamentalnych, trudnych zachowań, cech pozytywnych itp.

Kolejne zajęcia, po analizie z prac domowych z zajęć poprzednich, mają na celu zapoznanie rodziców ze sposobami radzenia sobie z objawami ADHD. Poznają specyficzne strategie ukierunkowane na radzenie sobie z objawami, tzw. „okulary na ADHD”.

„Objawy ADHD są niezależne od dziecka. Podobnie niezależna od ludzkiej woli jest wada wzroku- gdy mamy niedowidzące dziecko, lepszą strategią niż karanie go za to, że źle widzi, jest kupienie mu okularów. Podobnie jest w ADHD- nie za bardzo potrafimy spowodować, by dziecko nie miało kłopotów z koncentracją, nadruchliwością czy impulsywnością. Możemy za to zmienić nasz sposób postępowania z nim i starać się tak zmienić otoczenie, by mogło sobie radzić z codziennymi obowiązkami i nauką szkolną. Nasze postępowanie nie usuwa objawów ADHD, ale sprawia, że objawy mniej zaburzają funkcjonowanie dziecka. Stąd

pojęcie „okularów na ADHD”- z jednej strony nie leczą, z drugiej jednak pozwalają na normalne życie” (Kolakowski A., Wolańczyk T., Pisula A., Skotnicka M., Bryńska A., Gdańsk 2007, s.131).

W trakcie tych zajęć rodzice dowiadują się, że objawy ADHD nie są winą dziecka, rodziców ani nauczycieli- po zajęciach mają świadomość, że ich dziecko wymaga pomocy w tych sferach życia, które zaburza deficyt koncentracji uwagi, nadruchliwość czy impulsywność. Dowiadują się również, że ADHD nie jest wymówką- ich dziecko może i powinno osiągać takie same cele jak rówieśnicy, tyle, że zwykle większym kosztem i z pomocą bliskich.

Rolą drugiego spotkania jest również uświadomienie rodzicom, że objawy ADHD trwają latami i nie ma metod psychoterapeutycznych, które doprowadzą do zniknięcia objawów.

Poznają również strategie na radzenie sobie z nadruchliwością, nadmierną impulsywnością i zaburzeniami koncentracji uwagi.

Celem głównym trzeciego tego spotkania jest nauczenie rodziców odróżniania trudnych zachowań ich dziecka wynikających z objawów ADHD od innych problemów z zachowaniem, np. zachowań opozycyjno- buntowniczych. Poznają również w jaki sposób należy wydawać polecenia dziecku, by były skuteczne. Często bowiem zdarza się, że polecenia kierowane do dziecka są zbyt długie, co przy deficycie koncentracji uwagi powoduje u dziecka „szum informacyjny”. Stosowanie krótkich, „reporterskich” komunikatów powoduje, że dziecko odbiera je jako jednoznaczne i zrozumiałe, nie musi się domyślać, co miała na myśli osoba wydająca polecenie. Krótki komunikat jest przypomnieniem, że dziecko ma coś zrobić a nie informacją, że nie udało się znowu sprostać oczekiwaniom rodziców.

Temat spotkania czwartego to „klucz do zmiany trudnego zachowania”. W trakcie warsztatów rodzice dowiadują się, w jaki sposób ich dzieci uczą się nowych zachowań- naśladowując innych, odbierając informacje na temat pożądanego zachowania, próbując nowe sposoby zachowań czy też ponosząc pozytywne lub negatywne ich konsekwencje.

Czwarte spotkanie to również sposobność zastanowienia się nad przebiegiem trudnego zachowania dziecka, uświadomienie sobie, że dziecko z ADHD najczęściej powtarza swój wachlarz zachowań.

Spotkanie piąte poświęcone jest modyfikacji trudnych zachowań dziecka. Rodzice poznają podstawowe wzory kształtowania zachowań. Dowiadują się, jaki wpływ na modyfikację zachowań mają wzmocnienia pozytywne i negatywne. Uczą się praktycznego zastosowania metody „ABC trudnej sytuacji”.

Spotkanie szóste jest w odczuciu rodziców spotkaniem najtrudniejszym. Celem tych zajęć jest nauczenie rodziców chwaleń własnego dziecka. Rodzice dziecka z ADHD, przytłoczeni negatywnymi doświadczeniami, zauważają z reguły tylko niewłaściwe zachowania swej pociechy. Zadaniem prowadzącego warsztaty jest uświadomienie potrzeby chwaleń dla budowania pozytywnej samooceny dziecka.

Zajęcia siódme pomagają rodzicom stworzyć katalog nagród, które mają stosować wtedy, gdy pojawia się pożądane zachowanie. Są również wstępem do opracowania systemów żetonowych, pozwalających na modyfikowanie zachowań dziecka.

Podczas spotkania ósmego rodzice mają możliwość nabycia umiejętności odróżniania norm od zasad, uczą się definiowania konkretnych zachowań. Jest to umiejętność niezmiernie istotna. Zdefiniowanie problemu na poziomie konkretnych zachowań pozwala na opracowanie strategii ich zmiany. Ponieważ dzieci z ADHD mają istotne problemy w rozpoznawaniu i uczeniu się norm społecznych, grupowych, klasowych, potrzebują pomocy w ich nabywaniu i wykorzystywaniu. Zasady są również jednym z najistotniejszych narzędzi modyfikacji zachowań.

Spotkanie dziewiąte jest naturalną ciągłością poprzedniego spotkania. Jest momentem, w którym rodzice uczą się stosowania konsekwencji w przypadku naruszenia zasad zachowania przez dziecko.

Zadaniem spotkania dziesiątego jest wyposażenie rodziców w umiejętność reagowania w skrajnie trudnych zachowaniach, podczas wybuchu impulsywnego. Uczestnicy zajęć poznają strategię radzenia sobie z wybuchem.

Spotkanie jedenaste poświęcone jest wprowadzaniu w życie systemów żetonowych, mających na celu wprowadzanie w sposób przewidywalny dla dziecka i zależny od jego zachowania nagród za pożądane zachowanie. Są również atrakcyjną dla dziecka i rodzica zabawą. Zadaniem systemów żetonowych jest również przyzwyczajenie dziecka do wykonywania żmudnych, nudnych obowiązków.

Wprowadzenie systemu żetonowego i stosowanie go w praktyce jest zadaniem długotrwałym, obliczonym na 2-3 miesiące stosowania, jest metodą pracy z zachowaniami niezbyt trudnymi, lepszą dla dzieci młodszych. W trakcie tych zajęć uczestnicy poznają kolejne kroki tworzenia systemu żetonowego oraz zasady pracy systemem.

Ostatnie zajęcia są spotkaniem o największym ładunku emocjonalnym, bowiem tematem jest współpraca ze szkołą. Temat ten budzi tak wiele emocji, gdyż najczęściej rodzice dzieci z ADHD negatywne komunikaty otrzymują od nauczycieli swych pociech.

Nader często zdarza się, że brak jest woli współpracy na linii szkoła- dom i odwrotnie. Często rodzice zwyczajnie boją się pójść do szkoły, unikają spotkań z nauczycielami, bowiem doświadczają tam tylko nieprzyjemności, a na temat dziecka padają z reguły tylko złe wypowiedzi. Zdarza się i tak, że rodzice występujący w obronie dziecka są nękani codziennymi wezwaniami do szkoły. Program warsztatów jest celowo ułożony w ten sposób, by o szkole mówić na ostatnim spotkaniu. Łatwiej wtedy rodzicom opanować negatywne emocje a i wielotygodniowa praca z dzieckiem wpływa na poprawę funkcjonowania dziecka zarówno w domu jak i w szkole. Spotkanie ostatnie to również moment, gdy rodzice dowiadują się o prawach dziecka z ADHD i poznają schemat kontaktów ze szkołą, wiedzą jak bez złej woli skutecznie pomagać ale i egzekwować prawa swej pociechy.

Po zakończeniu cyklu warsztatów rodzice dokonują ewaluacji zajęć. W formie pisemnej przedstawiają swoje refleksje. Oto kilka z nich:

„Warsztaty pozwoliły mi zrozumieć istotę problemów mojego dziecka. Reagować spokojniej na wiele zachowań córeczki. Nauczyłam się jak dziecko chwalić, jak ćwiczyć koncentrację uwagi, jak stosować polecenia, by były realizowane, jak w dziecku wzbudzać chęć do pracy”

„Dzięki warsztatom zrozumiałam zachowanie i postępowanie mojego dziecka. Nauczyłam się i dalej się uczę jak postępować i rozmawiać z dzieckiem. Mój syn pod wpływem zmiany mojego postępowania też się zmienia.”

„Każde spotkanie uczyło mnie czegoś nowego. Jak wytrwać w moich postanowieniach i przekonać do tego syna. Jak rozwiązywać konflikty między nami, jak być konsekwentną w swoim działaniu. Jak dowartościowywać moje dziecko tak by czuło, że jest doceniane. Jak poradzić sobie z przegraną moją lub jego. Jak pracować z synem by praca domowa nie trwała całą wieczność, jak z nim rozmawiać, by rozumiał, co do niego mówię. Dzięki warsztatom potrafimy ze sobą rozmawiać, śmiać się, żartować. Mamy czas dla siebie, bo nie spędzamy całego dnia przy lekcjach. Zbliżyliśmy się do siebie, bo nie reagujemy już tak emocjonalnie. W domu jest ciszej, no i oczywiście syn sprząta swój pokój ☺. Teraz już wiem co robić, jak postępować. Potrafię analizować swoje zachowanie, wyciągać wnioski a dzięki tym spotkaniom wiem, co mogłabym robić lepiej.”

„Dzięki warsztatom przestałem nerwowo reagować na wybryki mojego syna. Zaczęłem spokojnie z nim rozmawiać. Skończyły się nieprzespane noce, ponieważ wiedziałem, że mam wsparcie w sytuacjach kryzysowych. Nauczyłem się podstawowych zasad postępowania z dzieckiem. Dziecko jest spokojniejsze i szczęśliwsze. Poznałem też problemy innych rodziców i wiem jak postępować w sytuacjach, z którymi się jeszcze nie zetknąłem.”

„Uspokoiliam się, jestem mniej zestresowana, bo wiem jak mam się zachować, co zrobić w danej sytuacji. Poznałam rodziców, którzy tak jak ja mają problemy z dziećmi i wiem, że nie jestem z tym sama. Zawsze można się wymienić poglądami i radami. Każde zajęcia to było coś nowego, co można było wprowadzić w życie i cieszyć się drobnymi lub większymi sukcesami. A jeśli były jakieś potknięcia to tylko motywowało to do większej pracy.”

„Zajęcia dały mi siłę do walki z tym, co wzbudza moją złość, ze swoją słabością i bezsilnością. Oswoiłam się z tym, że moje dziecko ma problem a ja muszę pomóc uporać mu się z tym. Uświadomiłam sobie, co tak naprawdę znaczy ADHD. Wiem, w jakim kierunku powinnam zmieniać swoje zachowanie, aby było pomocne dla mnie i córki. Upewniłam się, że nie jestem złą matką. Powoli nabieram wiary w to, że będzie lepiej a nie tylko gorzej. Wiem już, że muszę bronić dziecko, stać zanim murem, ale i sama muszę być konsekwentna w postępowaniu. Nauczyłam się, jak rozmawiać z dzieckiem i innymi o naszym problemie. Uwierzyłam i w siebie i w dziecko. Uświadomiłam sobie jak wielu ludzi ma podobny problem i jak niewielu chce nam pomóc”.

Korzyści, jakie wnoszą rodzice z zajęć psychoedukacyjnych można ująć w 4 grupy:

- po pierwsze - zajęcia pozwalają na poznanie przyczyn zachowań i trudności dziecka. Rodzice mają sposobność uzyskania szerokiej wiedzy na temat zespołu nadpobudliwości psychoruchowej, objawów wynikających z tego zaburzenia neurorozwojowego;
- po drugie - rodzice poznają sposoby pomocy dziecku stosując w praktyce specyficzne strategie radzenia sobie z objawami ADHD oraz modyfikując zachowania swego dziecka poprzez system zasad, konsekwencji, pochwał, przywilejów i nagród;
- po trzecie - spotykają się z ludźmi dotkniętymi tymi samymi problemami. Cotygodniowe spotkania dają możliwość wymiany doświadczeń w radzeniu sobie z trudnymi zachowaniami dziecka. W trakcie zajęć rodzice mają możliwość podzielenia się z innymi swoimi negatywnymi odczuciami, „wyrzucenia z siebie” żalu, niepokoju, lęku a także sukcesami i chwilami radości;
- po czwarte – poprawiają się relacje wewnątrzrodzinne, warsztaty bowiem prócz zrozumienia istoty zaburzenia spełniają rolę terapeutyczną- rodzice zaczynają panować nad swoimi negatywnymi uczuciami, dostrzegają więcej pozytywnych cech swego dziecka i na nich się skupiają, powoli odstępując od roli „czyhającego” na złe zachowania.

Dodatkową korzyścią spotkań z rodzicami jest samoistne tworzenie się nieformalnych grup wsparcia. Po zakończeniu zajęć, już zaprzyjaźnieni, połączeni wspólnymi problemami rodzice, nadal utrzymują z sobą kontakt, wspierając się w trudnych momentach.

Szkolenia dla nauczycieli w Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej w Słupsku

Spójny system pomocy dziecku z ADHD i jego rodzicom wymaga ścisłej współpracy ze szkołą. Szereg problemów związanych z odmiennym funkcjonowaniem dziecka uwidacznia się bowiem podczas zajęć lekcyjnych. Od zrozumienia problemów ucznia zależy jakość pracy zarówno nauczyciela jak i ucznia.

Dążąc do stworzenia jak najbardziej optymalnego systemu pomocy dzieciom z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej włączyłam w program działań również psychoedukację nauczycieli. Szkolenia odbywają się zwykle w sposób dwójaki: pierwszym działaniem jest prowadzenie szkoleniowych rad pedagogicznych na terenie szkół i przedszkoli. Następnie, już dla zainteresowanych i chętnych do pracy nauczycieli proponuję 10 - godzinne szkolenie. Celem zajęć jest zapoznanie nauczycieli ze specyfiką zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi, zmiana sposobu myślenia o ADHD oraz nabycie przez zainteresowanych umiejętności radzenia sobie z dzieckiem. Podczas zajęć prowadzonych metodami warsztatowymi nauczyciele nabywają w praktyce umiejętność odróżniania zachowań wynikających z objawów ADHD od innych, niepożądanych, trudnych zachowań dziecka. Umiejętność różnicowania ma bezpośredni wpływ na dobór metod i technik pracy z uczniem. Przy zachowaniach wynikających z objawów zespołu nadpobudliwości konieczne jest stosowanie specyficznych strategii radzenia sobie z objawami, czyli tzw. „okularów na ADHD”. Ponadto, nauczyciele poznają w trakcie zajęć inne techniki behawioralne, takie jak m.in. skuteczne wydawanie poleceń, praca na pozytywach ze szczególnym uwzględnieniem pochwały terapeutycznej. Tworzą przydatne w codziennej pracy systemy zasad odpowiednio powiązane z systemem nagród i konsekwencji. Mają również możliwość poznania sposobów radzenia sobie z wybuchami dziecięcej złości czy agresji impulsywnej. Cennym doświadczeniem dla nauczycieli i wychowawców jest możliwość opracowania podczas zajęć programów behawioralnych do pracy z konkretnym dzieckiem sprawiającym trudności w zachowaniu.

Uczestnicy szkoleń poznają również strategie rozmowy z rodzicami, wykonują szereg ćwiczeń praktycznych mających na celu poprawę komunikacji z członkami rodziny dziecka z ADHD. Nauczyciele dzieci- uczestników terapii grupowej dla dzieci z ADHD są zapraszani na zajęcia do poradni. Mają sposobność obserwacji dziecka w innym środowisku, podczas zajęć w innej grupie rówieśniczej, innej sytuacji niż zajęcia lekcyjne. Mogą zauważyć i

docenić mocne strony swoich uczniów. Dzieci natomiast czują się zauważone, docenione, ważne dla dorosłych i rówieśników w grupie. Po takich zajęciach widoczna jest zmiana nastawienia zarówno nauczyciela do ucznia jak i ucznia do pedagoga. Jest to również cenne doświadczenie dla nauczyciela - zauważa bowiem, że niektóre zachowania dziecka z zespołem hiperkinetycznym są od niego niezależne, wynikają z objawów i nie są nastawione na wyprowadzenie z równowagi czy zdenerwowanie osoby dorosłej.

Nauczyciele, którzy uczestniczyli w szkoleniu bardziej zwracają uwagę na obiektywne problemy dziecka z ADHD, lepiej współpracują z jego rodziną a codzienna praca jest nie tyle mozolnym trudem nacechowanym niechęcią co działaniem świadomym, nastawionym na pomoc młodemu człowiekowi.

Liczba dzieci ze zdiagnozowanymi zaburzeniami hiperkinetycznymi rośnie. Warto więc zastanowić się jak pomóc zarówno dziecku i jego rodzinie. Od 2004 roku w naszej poradni w sposób kompleksowy, zgodnie ze standardami europejskimi pomagamy dzieciom, próbujemy również zmieniać nastawienie środowiska rodzinnego i szkolnego do dziecka z ADHD.

Wierzymy, że wszystkie podejmowane działania terapeutyczne zaowocują stworzeniem najlepszych warunków do wszechstronnego, psychospołecznego rozwoju dzieci z ADHD na miarę ich rzeczywistych możliwości.

Zwiększenie świadomości na temat problemów uczniów z zaburzeniami hiperkinetycznymi pozwoli również na inne spojrzenie i dostrzeżenie trudnego położenia nadpobudliwego dziecka i udzielaniu mu wsparcia w pokonywaniu obiektywnych, wynikających z objawów zaburzenia trudności.