

Materiał szkoleniowy

Joanna Szczucka

terapeuta

Niepubliczne Liceum Ogólnokształcące nr 27

ul. Kruszyny 14A, Warszawa

Warszawa, 7 stycznia 2006 r.

Lider Programu ORTOGRAFFITI – Benita Wolska

TEMAT: Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci – symptomy oraz postępowanie.**TERMINOLOGIA**

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytami uwagi jest diagnozowany u coraz większej liczby dzieci. Nie jest to moda, ale efekt wzrostu przeżywalności coraz liczniejszej grupy dzieci z deficytami, lepszej i częstszej diagnozy oraz – zdaniem niektórych badaczy – zalewu dzieci nadmierną ilością bodźców i wymagań. Według U. Schäfer pierwszy opis zjawiska w literaturze popularnej pojawił się w 1845 r. w opowiadaniu dla dzieci *Piotruś wiercipięta* autorstwa dra Hoffmana, nie został jednakże nazwany. Zespół objawów, który obecnie określa się terminem „zespół nadpobudliwości psychoruchowej”, znany jest na świecie od 148 lat. Nazywając go, używano różnorodnych 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,
- zaburzenie z deficytem uwagi i hiperaktywnością,
- lekka encefalopatia,
- wczesnodziecięcy zespół psychoorganiczny,
- postać nerwowości dziecięcej,
- niespokojne dzieci,
- ZDUN – zespół deficytu uwagi i nadruchliwości.

Obecnie w ujednoczonej terminologii ogólnoświatowej – według powszechnie używanej Klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV – najczęściej spotyka się nazwę Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), czyli zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi. Zgodnie z międzynarodową klasyfikacją chorób Światowej Organizacji Zdrowia stosuje się też termin Hyperkinetic Disorder, tj. zespół hiperkinetyczny czy też zaburzenie hiperkinetyczne.

Etiologia zaburzenia nie jest ściśle określona i na jego powstanie wpływa prawdopodobnie wiele czynników. Objawy zespołu (nadmierna, impulsywność i deficyty koncentracji uwagi) utrudniają dotkniętym nim dzieciom naukę w szkole i budowanie prawidłowych relacji z rówieśnikami, rzutując często na całe przyszłe życie dziecka. Ma to miejsce szczególnie

wtedy, gdy z ADHD współistnieją specyficzne trudności w uczeniu się (dysleksja rozwojowa) oraz w przypadku pojawiania się zaburzeń zachowania, często manifestowanych przez nadpobudliwe dzieci.

Początki zainteresowania ADHD w Polsce sięgają lat sześćdziesiątych ubiegłego wieku, lecz publikacje na ten temat do niedawna były nieliczne i skierowane do wąskiego grona specjalistów. Ostatnie lata przyniosły kilka pełniejszych opracowań, skierowanych do szerszego audytorium, w tym do rodziców dzieci nadpobudliwych. Celem niniejszej pracy jest syntetyczne przedstawienie zjawiska oraz sposobów polepszania jakości życia dzieci z ADHD i ich rodzin poprzez działania podejmowane w ramach szkoły i z jej inicjatywy.

CO TO JEST NADPOBUDLIWOŚĆ PSYCHORUCHOWA?

Według Wolańczyka, Kołakowskiego i Skotnickiej „nadpobudliwość psychoruchowa rozumiana medycznie oznacza zespół nadpobudliwości psychoruchowej, czyli zespół hiperkinetyczny, będący schorzeniem, mającym charakterystyczne objawy i wymagającym odpowiedniego leczenia”. Upraszczając, autorzy opisują nadpobudliwość jako odmienną pracę mózgu, wskutek czego dziecko nie ma możliwości kontroli swoich zachowań, w tym – uwagi i ruchów. U takiego dziecka występuje deficyt zdolności wewnętrznej kontroli i hamowania impulsów. Nadpobudliwość jest cechą stałą, zmieniającą swoje przejawy zależnie od sytuacji i w miarę dorastania. Objawy charakterystyczne dla nadpobudliwości podzielone są na trzy grupy:

- nadmierną ruchliwość;
- nadmierną impulsywność;
- nasilone zaburzenia uwagi.

Ulrike Schäfer definiuje zespół nadpobudliwości psychoruchowej jako „zaburzenia, które na ogół zaczynają się przed szóstym rokiem życia. Charakteryzują się nadmierną aktywnością dziecka. Ponadto występują także zaburzenia uwagi, nadmierna impulsywność i brak wytrwałości. Zachowania te występują stale i niezależnie od sytuacji”.

Hanna Nartowska, wyjaśniając termin „nadpobudliwość psychoruchowa”, podkreśla, że [termin ten] „dotyczy zarówno sfery ruchowej, jak i psychicznej. Nadpobudliwość przejawia się w postaci wzmożonego pobudzania ruchowego, nadmiernej reaktywności emocjonalnej oraz w specyficznych zaburzeniach funkcji poznawczych, głównie w postaci zaburzeń uwagi”.

OBRAZ ZABURZENIA

Na objawy osiowe ADHD składają się trzy grupy objawów:

- nadruchliwość, tj. nadmierna, niczym nie uzasadniona aktywność ruchowa, a także werbalna, odbywająca się w niewłaściwym miejscu i czasie;
- zaburzenia koncentracji uwagi, w postaci słabszej zdolności do koncentrowania się na zadaniach, zarówno w przypadku kierowania uwagi na wybrany cel (deficyty uwagi selektywnej), jak i jej utrzymania (deficyty uwagi trwałej), trudności z wyborem najważniejszego z dochodzących bodźców;
- problemy z kontrolowaniem impulsywności – dziecko działa pochopnie i bez zastanowienia, nie przewidując konsekwencji swojego działania, ma kłopot z zastosowaniem obowiązujących w domu czy w szkole zasad w praktyce, mimo że najczęściej dobrze je zna i chce ich przestrzegać („najpierw działa, potem myśli”).

W tej grupie objawów mieszczą się też kłopoty z planowaniem swojej pracy oraz brak umiejętności czekania i odraczania gratyfikacji. Symptomy te są nadmiernie nasilone w porównaniu z dziećmi w tym samym wieku oraz w stosunku do ich rzeczywistego poziomu rozwoju i występują wspólnie, jednakże w różnym nasileniu u różnych dzieci. W związku z tym wyróżnia się podtypy ADHD:

- a) Podtyp z przewagą zaburzeń koncentracji uwagi – dziecko nie może skupić się na lekcjach, zapomina, o czym była mowa przed chwilą, podczas wykonywania jakiegoś zadania interesuje się wszystkim dookoła, ale potrafi w miarę spokojnie siedzieć w ławce czy przy biurku. Tego typu dzieci często popełniają błędy przy przepisywaniu, nie doczytują treści zadań do końca i nie wykorzystują swoich potencjalnych możliwości, przez co odbierane są jako niezdolne i kończą karierę szkolną zbyt wcześnie;
- b) Podtyp z przewagą nadpobudliwości psychoruchowej – dzieci z bardzo silną potrzebą ruchu, „żywe srebro”, niezmordowane, stale zmieniające miejsce, biegające przez cały dzień. Odpowiednio zmotywowane są w stanie wykonać od początku do końca zadanie zlecone przez nauczyciela czy zająć się zabawą – najprzyjemniejsze są te, które kojarzą się z ruchem czy szybkością. Nie mają kłopotów z przyswojeniem materiału, ale szybko się nudzą.
- c) Typ mieszany – dzieci, u których występują objawy zaburzeń koncentracji uwagi, nasilone objawy niepokoju ruchowego oraz słaba kontrola impulsów. Typ ten diagnozowany jest najczęściej.

Obok objawów podstawowych u dzieci z ADHD może występować również skłonność do impulsywności emocjonalnej, tj. do nagłych zmian nastroju oraz obniżonej tolerancji na frustrację, czemu nierzadko towarzyszą silne wybuchy złości oraz zachowania opozycyjno-buntownicze.

CZĘSTOTLIWOŚĆ WYSTĘPOWANIA ZABURZENIA

Zdaniem części autorów niemieckich (Schäfer) zespół nadpobudliwości psychoruchowej występuje u 1–3% populacji dzieci w wieku szkolnym, zaś u chłopców obserwowany jest sześć razy częściej niż u dziewcząt. Polscy autorzy (Wolańczyk i in.) podają, że częstość ADHD u dzieci w młodszym wieku szkolnym jest oceniana na 3–10%. Lekarze zajmujący się tym problemem sygnalizują jednak, że częstość występowania zespołu tak naprawdę jest wyższa. Niektóre podręczniki polskie wymieniają wielkości rzędu 10–15%. W USA około 10% osób poniżej 18. roku życia przejawia objawy ADHD, leczonych zaś z tego powodu jest około 2–3%. Według danych ogólnoswiatowych jedynie 20% ogólnej liczby dzieci nadpobudliwych na świecie trafia od opiekę specjalistycznego leczenia. Aktualnie w statystykach brak jest danych dotyczących Polski.

Wśród dzieci nadpobudliwych notuje się więcej chłopców niż dziewczynek, szczególnie wśród dzieci młodszych. Z wiekiem liczba nadpobudliwych chłopców maleje nawet o 20% rocznie, a wśród dziewcząt liczba przypadków utrzymuje się na stałym poziomie. Badania amerykańskie wykazały, że stosunek liczby chłopców z ADHD trafiających na leczenie do dziewcząt wynosi – średnio i zależnie od wieku i przyjętej definicji ADHD – około 4 do 1. Tak duże różnice między płciami spowodowane są niedocenianiem problemu nadpobudliwości psychoruchowej u dziewcząt. Występuje u nich częściej podtyp z przewagą deficytów uwagi, co nie jest zauważane przez nauczycieli i rodziców. Chłopcy cierpią częściej z powodu nadruchliwości i braku umiejętności kontrolowania swojego zachowania, są bardziej agresywni i stanowią problem o większej społecznej szkodliwości. Dziewczęta rzadziej więc trafiają pod specjalistyczną opiekę psychiatry dziecięcego, który postawiłby odpowiednią diagnozę. Wspomniane na początku tego podrozdziału dane niemieckie uzasadniają badania, które wykazały, że nauczyciele w niemieckich szkołach wskazują mniejszą liczbę dziewcząt,

których może dotyczyć problem ADHD niż wyodrębniają to specjalne kwestionariusze diagnostyczne. Problem dziewcząt jest po prostu mniej spektakularny, a taki jego obraz może mieć źródło w przebiegu procesu socjalizacji dziewcząt.

PRZYCZYNY – PRAWDOPODOBNE ŹRÓDŁA ADHD

Według klasycznej pracy H. Nartowskiej podłożem nadpobudliwości może być typ układu nerwowego. Mówiąc ogólnie, równowaga procesów nerwowych pomiędzy siłą pobudzenia i hamowania u dzieci nadpobudliwych jest zachwiana. Dzieci te mogą charakteryzować się zarówno silnym układem nerwowym, jak i układem słabym. Typ silny niezrównoważony i niepohamowany to taki, u którego reakcje pobudzeniowe są silniejsze i następują szybciej i łatwiej niż reakcje hamowania; dzieci reprezentujące ten typ układu nerwowego cechują się dużą pobudliwością uczuciową, wzmożoną ruchliwością, przyspieszoną mową oraz ogólnie dużą aktywnością. U dzieci reprezentujących typ słaby na skutek niewielkiej siły procesów nerwowych pobudzenie trwa krótko, wywołując szybkie wyczerpanie układu nerwowego i ustępuje miejsca hamowaniu ochronnemu, jednakże hamowanie to jest krótkotrwałe, ponieważ u dzieci tych i tak przeważa pobudzenie. Dzieci łatwo się męczą, brak im wytrwałości w działaniu, pracują nierównomiernie pod względem tempa i wydajności.

Trudno określić, jaki stopień zaburzenia równowagi procesów nerwowych jest normą, a jaki uważać należy za patologię. Jednakże nawet gdy nie mówimy o zaburzeniu, lecz jedynie o zaostrzeniu cech typologicznych u dzieci nadpobudliwych, często w czasie rozwoju dziecka możliwe jest wskazanie czynników, które mogły uszkodzić CUN. Innym argumentem potwierdzającym hipotezę, że nadpobudliwość jest zespołem objawów świadczących o zaburzonej funkcji mózgu, spowodowanej uszkodzeniem, jest współwystępowanie z ADHD innych zaburzeń rozwoju psychoruchowego (np. fragmentarycznych deficytów rozwojowych). Według Nartowskiej czynniki uszkadzające mogłyby wpłynąć na komórki rozrodcze (np. alkohol), na organizm dziecka w okresie płodowym (zakażenia wirusowe, zatrucia, niewłaściwe odżywianie, awitaminozy, urazy mechaniczne, niedotlenienie płodu), podczas porodu (urazy mechaniczne powodujące wylewy śródczaszkowe, niedotlenienie – zamartwica) oraz po urodzeniu (zapalenie mózgu lub opon mózgowych, ciężki przebieg chorób zakaźnych, urazy mechaniczne czaszki). Opisane uszkodzenia mogą być wykrywalne w badaniu neurologicznym lub mogą wywoływać objawy dyskretne, występujące po kilku latach i powodujące jedynie pewne trudności w wychowaniu i nauczaniu dziecka – bez objawów neurologicznych. Badania Nartowskiej nad dziećmi nadpobudliwymi w wieku 7–10 lat wykazały, że u 81% z nich w okresie ciąży matki, okresie okołoporodowym lub później zaistniały różnorodne czynniki uszkadzające. U 83% tych dzieci stwierdzono fragmentaryczne zaburzenia rozwojowe współwystępujące z nadpobudliwością. Dodatkowym czynnikiem pogłębiającym zaburzenie równowagi procesów nerwowych u dzieci nadpobudliwych (u których nadpobudliwość może być wynikiem uszkodzenia CUN) są warunki społeczno-wychowawcze, w jakich wzrasta dziecko. Oddziaływania z tej kategorii czynników mogą pogłębiać wcześniej opisane zjawiska dotyczące dzieci. Autorka wymienia tu niezrównoważenie rodziców, napiętą nerwową atmosferę domową, wywołującą niepewność i poczucie zagrożenia, brutalne zachowanie dorosłych, lęk (stałe negatywne pobudzenie emocjonalne), przenoszenie konfliktów przez dziecko do szkoły, narastanie trudności szkolnych (gdy nie zauważy się ich i nie przeciwdziałała we właściwym momencie), brak współpracy domu i szkoły. Podstawowym czynnikiem z tej kategorii jest jednak – zdaniem autorki – wychowanie niekonsekwentne lub wychowanie rygorystyczne. To pierwsze charakteryzuje się brakiem względnie stałych wymagań stawianych dziecku oraz udzielanych mu praw. Brak w postępowaniu dorosłych wyważonego stosunku do dziecka, zabiegi wychowawcze są przypadkowe, zależne od nastroju i sytuacji zewnętrznej. Zmienia się system wymagań i uprawnienia dziecka. Towarzyszy temu labilność uczuciowa rodziców w stosunku do dziecka, brak równowagi w karaniu i nagradzaniu. Często

ma miejsce gwałtowne przetrzucanie się z liberalnego systemu wychowawczego (całkowita swoboda) do systemu rygorystycznego (ścisła kontrola, kary fizyczne). Ten styl wychowania spotykany jest często w rodzinach, gdzie brak uzgodnień co do wychowania dziecka między ojcem i matką. Stan taki powoduje, że dziecko stale podlega nowym nieprzewidzianym bodźcom, nie rozumie, za co jest karane i nagradzane, doświadcza niepewności, przykrości, napięcia, zachwiana zostaje jego i tak wątła równowaga emocjonalna. Przy tego typu wychowaniu dziecko szczególnie często stawiane jest w sytuacjach trudnych, zaskakujących, gdy nie ma możliwości korzystać z żadnych wcześniejszych doświadczeń. Obroną dziecka stają się nieoczekiwane reakcje lub też reakcje niezgodne z przyjętymi normami, wywołujące nowe konflikty. Równowaga psychiczna dziecka ulega trwałemu zaburzeniu.

Wychowanie rygorystyczne rzadko spotykane jest w czystej formie; najczęściej jedna z osób znaczących w otoczeniu dziecka charakteryzuje się tego typu stylem wychowawczym, a więc dziecko podlega działaniom niekonsekwentnym. W niektórych rodzinach dzieci nadpobudliwych przeważa jednak rygoryzm, np. jedno z rodziców ma takie tendencje, tzn. stosuje częste i dotkliwe kary. Rezultatem może być całkowite podporządkowanie się dziecka, co ma podłoże lękowe, przy jednoczesnej nasilonej, narastającej i zawierającej cechy agresywności nadpobudliwości poza domem. Wychowanie rygorystyczne konsekwentne (rysujące wyraźne i stałe kryteria postępowania) może być korzystne na niektórych etapach życia dziecka, jeżeli nie jest powiązane z brutalnością i bezwzględnością. Kary cielesne, autorytaryzm działają jedynie doraźnie.

Nartowska wskazuje jedynie na trzy główne źródła ADHD, Schäfer podaje zaś więcej hipotez na temat powstania zespołu nadpobudliwości. Neurobiolodzy stwierdzili u osób nim dotkniętych zmniejszony dopływ krwi do płatów czołowych mózgu. Płaty te i jądra podkorowe u dzieci z ADHD są słabiej wykształcone niż u przeciętnych dzieci. Opisane obszary mózgu odpowiadają za kontrolę zachowań, uwagę i hamowanie reakcji automatycznych. Podczas niektórych badań zauważono również słabsze wykształcenie części środkowej mózdzku (robaka), odpowiedzialnego szczególnie za koordynację ruchów i sterowanie motywacją. Inną hipotetyczną przyczyną ADHD jest brak równowagi pomiędzy neurotransmiterami w mózgu, a szczególnie chodzi o zaburzenia metabolizmu dopaminy. Powoduje to nieadekwatne przetwarzanie bodźców, szczególnie w obrębie układu limbicznego i płatów czołowych mózgu, co skutkuje niewystarczającym hamowaniem nerwowym, uniemożliwiającym właściwą samokontrolę. W aktualnych badaniach nie znaleziono dowodów, które wskazywałyby, że różnego rodzaju uszkodzenia mózgu są główną czy jedyną przyczyną zespołu nadpobudliwości psychoruchowej – co podważa część opisanych powyżej rozważań Nartowskiej na temat źródeł zaburzenia.

Podsumowując obecnie nie mówi się o jednej przyczynie ADHD, ale podaje się kilka uwarunkowań wzajemnie się uzupełniających i oddziałujących na siebie. Obok mikrouszkodzeń mózgu (szczególnie płatów czołowych), przyjmuje się hipotezę neurobiologiczną, opisującą zaburzenia równowagi substancji przekąźnikowych w mózgu. Nie można jednak mówić tu o zaburzeniach funkcjonowania mózgu w ścisłym znaczeniu tego słowa, jak podaje to Nartowska. Istotna jest również rola czynników dziedzicznych. Zaburzenia tego typu ujawniają się częściej w rodzinach, w których stwierdzono już podobne przypadki. Hipotezy dotyczące wpływu alergii na powstawanie ADHD nie są jeszcze w pełni potwierdzone. Pewne jest jedynie częste występowanie kataru siennego, astmy i alergii pokarmowej u dzieci nadpobudliwych. Modele psychologiczne ADHD wskazują na zaburzenia samokontroli lub zaburzenia kontroli bodźców. Zaburzenia samokontroli przebiegają według następującego schematu o charakterze błędnego koła: predyspozycje (zaburzenia samokontroli) trudności ze skupieniem uwagi, mała zdolność wewnętrznego hamowania, nieprzystosowanie do sytuacji, oczekiwanie nagród (ograniczona w stosunku do wieku umiejętność rozwiązywania problemów), doświad-

czanie niepowodzeń (wycofywanie się), trudności z koncentracją uwagi (nasilanie się impulsywności).

Według Wolańczyka i in. – opisane wyżej zjawiska nie stanowią przyczyny ADHD, ale mogą nasilać to zaburzenie. Podstawowym źródłem nadpobudliwości psychoruchowej są uwarunkowania genetyczne, zaś dziedziczenie zespołu hiperkinetycznego odbywa się wielogenowo. Brak jest jednego miejsca w genomie odpowiedzialnego za powstawanie ADHD, chociaż w ADHD częściej występuje zmiana w genie DAT1, kontrolującym system dopaminy w mózgu oraz częściej pojawia się nieprawidłowy receptor dla dopaminy, ponadto wykrywa się niejednokrotnie niedobór noradrenaliny i serotoniny. Skutkiem tego jest gorsza praca płatów czołowych i ich połączeń z innymi strukturami mózgu oraz odmienne funkcjonowanie obszarów mózgu odpowiedzialnych za kojarzenie informacji słuchowych i wzrokowych u dzieci nadpobudliwych.

PRZEBIEG I SKUTKI ADHD; CHARAKTER TRUDNOŚCI UCZNIÓW PODCZAS KARIERY SZKOLNEJ

Według Taylora ADHD rozpoczyna się we wczesnym dzieciństwie; definicyjnie przed siódmym, zdarza się, że przed piątym, a niejednokrotnie przed drugim rokiem życia. Inni badacze twierdzą, że cechy zespołu hiperkinetycznego są widoczne u dziecka już od momentu urodzenia, jako mniejsze zapotrzebowanie na sen, zwiększona drażliwość i płaczliwość i zaburzenia łaknienia. Nadmierna ruchliwość staje się zauważalna szczególnie, gdy dziecko zaczyna chodzić. Nie rozpoznaje się jednak wówczas zespołu nadpobudliwości ze względu na to, że cechą charakterystyczną dzieci do lat 3 jest duża ruchliwość i zmienność uczuciowa. Dzieci w wieku przedszkolnym mogą przejawiać typowe cechy nadruchliwości i impulsywności, zaburzenia uwagi w tym wieku nie są obserwowane. Codzienne życie z dzieckiem z ADHD stanowi duże wyzwanie dla jego rodziców i może być źródłem niepokoju i frustracji. Dziecko potrzebuje o wiele więcej czasu na wykonanie codziennych czynności, na niepowodzenia reaguje wybuchami złości, angażuje się w niebezpieczne i ryzykowne działania, narażając na urazy i wypadki.

Poważniejszy kryzys może wystąpić w okresie uczęszczania do przedszkola. Pojawiają się problemy z respektowaniem reguł obowiązujących w grupie, z wyrażaniem emocji w sposób społecznie akceptowany. Rozwój społeczny dziecka nie postępuje, nie rozwija ono umiejętności społecznych, gdy nie przyswaja i nie przestrzega wymaganych norm zachowania. Źle układają się stosunki z rówieśnikami – dziecko nie potrafi się podporządkować, jest agresywne w stosunku do kolegów, łatwo się złości i daje się sprowokować i niewiele potrzeba, by zaczęło odgrywać rolę kozła ofiarnego. Większość tych problemów utrzymuje się po rozpoczęciu edukacji w szkole, a wręcz ADHD staje się bardziej widoczne, gdyż zaburzenia uwagi dodatkowo wpływają negatywnie na osiągnięcia dydaktyczne dziecka. Częstsze niż przeciętnie występują w opisywanej grupie dzieci trudności w opanowaniu umiejętności czytania i pisania poprawnego pod względem ortograficznym. Osiągane wyniki i otrzymywane oceny są znacznie poniżej potencjalnych możliwości. W klasie dziecko jest odbierane często jako gorsze, nieposłuszne i niegrzeczne. Według badań amerykańskich 30–40% dzieci nadpobudliwych było zagrożonych usunięciem ze szkoły lub musiało zmienić klasę czy szkołę (w Polsce prawdopodobnie wynik byłby zbliżony). Z wielu badań wynika, że dzieci z zespołem hiperkinetycznym częściej też powtarzają klasę. Uzyskiwanie w dłuższym okresie ocen poniżej możliwości skutkuje ponadto uzyskaniem niższego poziomu wykształcenia. Dzieci nadpobudliwe poszukują kontaktów społecznych, ale nie wiedzą, jak je nawiązać i nie mają umiejętności w tym kierunku. ADHD blokuje osiągnięcie sukcesu szkolnego, sportowego, towarzyskiego. Poważnym problemem jest brak akceptacji ze strony rówieśników w okresie dojrzewania. Dziecko czuje się odrzucone i wyobcowane. Nawarstwiająca się trudności prowadzić mogą do pogłębiania się problemów emocjonalnych, szczególnie w kierunku obniżenia samooceny,

podwyższenia poziomu lęku, poczucia braku pewności siebie i spadku motywacji do nauki oraz nawiązywania kontaktów, co przyczynia się do rozwoju depresji, uzależnienia czy wykształcenia się osobowości aspołecznej.

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej może trwać przez wiele lat; jego objawy utrzymują się u 70% adolescentów i u 30–50% osób dorosłych. Nawet gdy młody człowiek wyrośnie z ADHD, problemy emocjonalne, trudności w nauce i w kontaktach z innymi pozostają.

ADHD a rozwój dziecka

Jak rozumieć termin „rozwój”

„Istotą rozwoju są zmiany prowadzące do nowych form istnienia materii”. Dla potrzeb niniejszej pracy rozwój rozpatrywany jest w kategoriach ontogenezy – rozwoju osobniczego, jednostkowego organizmu od poczęcia przez wszystkie okresy życia. Rozwój człowieka cechują zmiany posiadające określony kierunek: prowadzi one do zapewnienia jednostce coraz lepszej równowagi z otoczeniem, do doskonalenia form regulacji jej stosunku ze środowiskiem. Zmiany – jakościowe i ilościowe – mają charakter progresywny i przystosowawczy.

Rozwój psychiczny rozumiany jest jako dynamiczny proces doprowadzający do ilościowych i jakościowych przemian w całości kształcenia funkcji i czynności psychicznych. Proces ten ma charakter progresywny, tzn. zmiany rozwojowe są ukierunkowane na osiągnięcie coraz wyższych form regulacji stosunków jednostki ze światem zewnętrznym. W określonych sytuacjach brak umiejętności koncentrowania uwagi – osiowy objaw ADHD – może spowolnić i ograniczać ogólny rozwój dziecka, co może doprowadzić do zahamowania rozwoju poszczególnych funkcji. Rozwój przebiega wówczas nierównomiernie i ma charakter dysharmonijny.

Jak podaje Nartowska ADHD jest zaburzeniem rozwoju, uwarunkowanym nieprawidłowym funkcjonowaniem mózgu.

Ponieważ rozwój dziecka jest nie tylko wynikiem jego wrodzonych cech, ale także naszego sposobu reagowania na jego zachowanie, więc możliwe jest zastosowanie odpowiednich oddziaływań zmniejszających negatywne skutki dysharmonii rozwojowych powiązanych z ADHD. Odpowiedni sposób wspomaganie rozwoju dziecka nadpobudliwego umożliwia mu poprawę funkcjonowania. Kolejna część pracy stanowi próbę przedstawienia proponowanych form pomocy dzieci z opisywanymi problemami.

Związek ADHD z występowaniem innych zaburzeń

Nadpobudliwość psychoruchowa rzadko występuje w czystej postaci, zazwyczaj towarzyszą jej problemy dotyczące szeroko rozumianej sfery funkcjonowania szkolnego, zachowania i emocji. Same w sobie nie są one związane bezpośrednio z ADHD, lecz mogą oddziaływać z objawami tego zespołu oraz nasilać trudności dydaktyczne i adaptacyjne dziecka. W literaturze nadpobudliwość psychoruchowa najczęściej jest wiązana ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się i zaburzeniami zachowania. Podaje się również, że ADHD może towarzyszyć zespołowi Tourette’a oraz wtórne zaburzenia emocjonalne.

Wśród specyficznych trudności szkolnych u dzieci nadpobudliwych (według badań amerykańskich) spotyka się dysleksję (15–30%), dysgrafię (ok. 60%), dysortografię (26%) i dyskalkulię (10–60%). Ponadto obserwuje się u nich różnego typu zaburzenia językowe, np. problem z budowaniem spójnych wypowiedzi, częste odbieganie od tematu, trudności w posługiwaniu się pojęciami przestrzennymi (z użyciem przyimków) oraz pojęciami czasowymi, nieprzestrzeganie zasad prowadzenia rozmowy i dyskusji, zbyt szybkie tempo mówienia, nadmiernie głośne mówienie. Ponadto u dzieci z ADHD może współwystępować opóźniony rozwój mowy.

Jeden z podstawowych objawów nadpobudliwości, tj. zaburzenia procesów uwagi, wiąże się z osłabieniem funkcji pamięci, co wpływa istotnie na osiągnięcia szkolne dziecka. Część dzieci charakteryzuje się małą sprawnością manualną oraz problemem z koordynacją ruchową. W codziennym życiu skutkuje to niezgrabnością ruchową.

Sytuacja ucznia z ADHD i współwystępującymi specyficznymi trudnościami w uczeniu się jest szczególnie trudna ze względu na to, że dzieci te niezbyt aktywnie uczestniczą w zajęciach, są mało wydajne w czasie lekcji, a słabsze osiągnięcia szkolne w stosunku do możliwości ma 90% z nich. Mimo częstego uzyskiwania całkiem niezłych wyników w testach inteligencji, ich wyniki są i tak średnio o 7–10 punktów zaniżone w stosunku do rzeczywistego potencjału intelektualnego.

Zaburzenia zachowania według ICD – 10 definiuje się jako powtarzający się i utrwalony wzorzec zachowania, cechujący się łamaniem lub naruszeniem podstawowych praw innych osób albo poważniejszych norm i reguł społecznych właściwych dla wieku, trwający powyżej 6 miesięcy. Zaburzenia zachowania, w formie zachowań opozycyjno-buntowniczych, występują u ok. 60% dzieci z ADHD. Do przejawów tego typu zachowań należą:

- wybuchy złości – częste lub bardzo silne w stosunku do poziomu rozwojowego;
- kłótnie z dorosłymi;
- aktywne odrzucanie wymagań dorosłych lub niedostosowywanie się do reguł;
- celowe czynności budzące gniew innych osób;
- oskarżanie innych za swoje pomyłki lub niewłaściwe zachowanie;
- drażliwość, łatwość wpadania w złość;
- częste wpadanie w gniew lub rozżalenie;
- złośliwość i mściwość

Objawy ciężkich zaburzeń zachowania rozwijają się u części dzieci nadpobudliwych, które uprzednio prezentowały opozycyjno-buntownicze zaburzenia zachowania. Kolejnym etapem może być rozwój osobowości antyspołecznej w wieku dorosłym. Podłoże genetyczne i biologiczne odgrywa niewielką rolę w powstawaniu tych zaburzeń, można tu mówić raczej o pewnej dziedzicznej podatności i skłonności do zachowań impulsywnych i agresywnych. O tym, które dziecko w przyszłości zostanie dotknięte zaburzeniem zachowania, decydują czynniki środowiskowe i społeczne, tj. wychowanie, nieprawidłowe zachowania i zaburzone relacje w rodzinie, izolacja i negatywne doświadczenia społeczne, indywidualne przeżycia dziecka. Z tego powodu kluczowe jest właściwe postępowanie otaczającego środowiska wobec dziecka.

Objawy ciężkich zaburzeń zachowania:

- kłamstwa lub niedotrzymywanie obietnic w celu uzyskania dóbr, przywilejów lub uniknięcia obowiązków;
- inicjowanie starć fizycznych (nie uwzględnia się starć z rodzeństwem);
- używanie broni, która może spowodować poważne uszkodzenia ciała (kij, cegła, rozbita butelka, nóż, broń palna);
- pozostawianie poza domem po zapadnięciu zmroku mimo zakazu rodziców (rozpoczynające się przed 13. rokiem życia);
- fizyczne okrucieństwo wobec innych osób (krępowanie, ranienie, podpalanie ofiar);
- fizyczne okrucieństwo wobec zwierząt;
- rozmyślne niszczenie własności innych osób;
- celowe pokładanie ognia z zamiarem spowodowania zniszczeń;

- kradzieże wartościowych przedmiotów bez konfrontacji z poszkodowanym – w domu i poza nim (kradzieże w sklepie, włamania, fałszerstwa);
- wagary (o początku przed 13. rokiem życia);
- co najmniej dwukrotne ucieczki z domu (lub ucieczka trwająca dłużej niż jedną noc);
- popełnianie przestępstw wymagających konfrontacji z ofiarą (w tym kradzieże kieszonkowe, wymuszenia, napady);
- zmuszanie innych osób do aktywności seksualnej;
- terroryzowanie innych (celowe zadawanie bólu i ran połączone z uporczywym zastraszaniem, dręczeniem, molestowaniem);
- włamania.

Sposoby wspomaganie rozwoju dziecka z ADHD w warunkach szkolnych

Według Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego wobec osoby dotkniętej ADHD należy podjąć następujące działania:

- oddziaływania psychospołeczne: jest to wyjaśnianie rodzicom i pozostałym członkom rodziny istoty objawów ADHD, jego przebiegu i rokowania, poradnictwo w zakresie metod wychowawczych; ponadto wyjaśnianie istoty zaburzenia dziecku, omawianie kłopotów, które napotkało podczas badań, nakłanianie do obserwacji swojego zachowania; wyjaśnianie nauczycielom istoty zaburzenia, współpraca w ramach szkoły i pomoc poradni psychologiczno-pedagogicznej;
- psychoterapia – gdy u dziecka i w jego rodzinie pojawiają się problemy wykraczające poza ramy poradnictwa rodzinnego, np. w formie terapii rodzin; terapia indywidualna lub grupowa dziecka (praca nad ugruntowaniem samooceny, nad polepszeniem relacji z rówieśnikami); trening umiejętności społecznych, terapia zaburzeń uwagi;
- farmakoterapia – stosowanie leków psychotropowych.

Sposoby pomocy dziecku w zależności od dominującego u niego typu zaburzeń:

- nadruchość: poradnictwo dla nauczycieli i rodziców, behawioralna modyfikacja zachowań (praca z dzieckiem nad wpojeniem zachowań), zmiana czynników środowiskowych, farmakoterapia;
- zaburzenia uwagi: farmakoterapia, ćwiczenia koncentracji uwagi, ćwiczenia funkcji poznawczych (pamięci, kontroli);
- impulsywność i agresja: ćwiczenia koncentracji uwagi, ćwiczenia funkcji poznawczych (pamięci, kontroli);
- farmakoterapia;
- niepowodzenia szkolne: reedukacja, nauczanie wyrównawcze, poradnictwo indywidualne.

Jak widać nie wszystkie wymienione wyżej działania możliwe są do realizacji w szkole, ale dobrze zorganizowana i otwarta na wyzwania placówka może zainicjować i przeprowadzić wiele z nich. Planując pracę z dzieckiem nadpobudliwym, warto zdać sobie sprawę, że obowiązek stworzenia systemu pomocy spoczywa na osobach ze wszystkich środowisk, w których funkcjonuje dziecko. Działania jednostronne mogą nie przynieść efektu. Dzieci z ADHD dzielą swój czas między rodzinę i szkołę – oba środowiska stawiają im odmienne wymagania. Szczególnie trudne jest sprośnienie wymaganiom szkolnym. Dziecko musi skupić się na lekcji, pohamować impulsywność i ruchliwość, podporządkować obowiązującym regułom, aktywnie brać udział w narzuconych zadaniach podejmować wysiłek intelektualny. Dziecko z ADHD ma ogromne problemy ze sprośnieniem tym oczekiwaniom. Nie jest to jednak jego wina ani też wina rodziców czy nauczycieli. Przeszkodą są tu objawy nadpobudliwości psychoruchowej. Doświadczenia osób pracujących z dziećmi wskazują, że w warunkach dla siebie komfortowych są one w stanie sprośnić wymaganiom stawianym przez rodzi-

ców i nauczycieli. Podczas pracy z dzieckiem z tego typu problemami obowiązują 4 podstawowe zasady:

1. Praca z dzieckiem nadpobudliwym jest czasochłonna i obciążająca, codziennie trzeba ją zaczynać od nowa;
2. Celem pracy z dzieckiem nie jest pokonanie objawów, ale sprawienie, by pomimo ich występowania dziecko normalnie funkcjonowało oraz by do podstawowego obrazu zaburzenia nie dołączyły się powikłania. Żadna forma pomocy dziecku nie leczy go z objawów, a jedynie wspomaga funkcjonowanie;
3. Z dzieckiem można pracować tylko bezpośrednio – rodzice mają niewielki wpływ na objawy pojawiające się w szkole, a nauczyciele na problemy w domu;
4. Indywidualizacja pracy z uczniem nie oznacza nauczania indywidualnego, lecz zmianę podejścia do ucznia i jego problemów.

Już sama nadpobudliwość psychoruchowa upośledza w istotnym stopniu funkcjonowanie społeczne i emocjonalne dotkniętego nią dziecka. Dane współwystępujących zaburzeń pokazują jednoznacznie, jak trudna jest sytuacja dziecka z ADHD, jak wiele wysiłku musi ono włożyć, aby zaistnieć w środowisku rówieśniczym i szkolnym w pozytywny sposób oraz osiągnąć sukcesy życiowe. W tym kontekście szczególnej wagi nabiera wczesne wykrywanie symptomów zaburzenia podstawowego i towarzyszących mu, rzetelna diagnoza oraz jak najszybsze otoczenie dziecka właściwą opieką. Przede wszystkim od działań rodziny i szkoły zależy, jak potoczą się dalsze losy nadpobudliwego dziecka. W przypadku stwierdzenia np. ryzyka dysleksji czy specyficznych trudności w uczeniu się dziecko powinno być skierowane na zajęcia korekcyjno-kompensacyjne. Dziecko z zaburzeniami mowy powinno korzystać z zajęć terapii logopedycznej. Postępowanie z zaburzeniami zachowania opiera się głównie na stworzeniu dziecku jasnego systemu norm, zasad i konsekwencji. W szczególnie ciężkich przypadkach należy włączyć oddziaływania farmakologiczne. Szczegółowo możliwe działania opisane są w dalszej części niniejszej pracy.

Procedura diagnostyczna w odniesieniu do ADHD

Diagnoza medyczna, psychologiczna i pedagogiczna jest podstawową formą pomocy dziecku nadpobudliwemu. Punktem wyjścia w diagnozowaniu zespołu hiperkinetycznego powinna być szczegółowa rozmowa kierowana z rodzicami i dzieckiem na temat nietypowego i niepożądanego zachowania; do rozmowy należy włączyć wychowawcę czy nauczycieli dziecka. Rozmowę powiązać można z obserwacją dziecka w jego naturalnym otoczeniu, uwzględniając relacje z otoczeniem. Rozmowa służy wyjaśnieniu, komu jakie zachowania wydają się nietypowe, kiedy one występują, jak często i w jakich sytuacjach; w przypadku niepożądanego zachowania trzeba ustalić, podczas jakich aktywności w domu, w szkole, podczas zabaw z rówieśnikami czy rodzeństwem dochodzi do niego najczęściej i w jakich okolicznościach. Ważne jest ustalenie, w jakich sytuacjach dziecko zachowuje się właściwie (np. podczas indywidualnych kontaktów w trakcie badania, przy udzielaniu mu wsparcia, w czasie zajęć indywidualnych, kiedy zajmuje się swoim hobby itp.). Należy określić, co wzmacnia to zachowanie lub prowokuje jego wystąpienie, ustalić, kto i jak będzie nagradzał dziecko itd. Podczas rozmowy zadawane są również pytania związane z historią rodziny (choroby, sposób funkcjonowania, plan dnia, dane na temat wczesnego rozwoju psychoruchowego dziecka, przebytych przez nie chorób, urazów, dotychczasowych metod leczenia). Następnym krokiem diagnozy jest wypełnienie kwestionariuszy, np. Kwestionariusza Connorsa dla rodziców i nauczycieli (dotyczy zachowań niepożądanych) czy kwestionariusza ustrukturyzowanego wywiadu diagnostycznego w kierunku zespołu nadpobudliwości psychoruchowej według ICD – 10 i DSM – IV. Konieczne jest wykonanie badania psychologicznego, określającego poziom możliwości intelektualnych dziecka i rodzaj ewentualnych deficytów. Podczas badania

dziecko jest obserwowane, w jaki sposób zachowuje się w określonych sytuacjach, jak długo potrafi koncentrować uwagę i na jakich zadaniach. Podejmuje się wówczas również próby ustalenia, kiedy dziecku łatwiej, a kiedy trudniej rozwiązywać zadania, co rozprasza jego uwagę, jak często potrzebuje przerw, czy potrafi podczas nich wypoczywać, jakie stosuje strategie uczenia się itd. Ocenia się wówczas dodatkowo stan emocjonalny badanego.

Opisane wyżej działania diagnostyczne może realizować psycholog; u dziecka z podejrzeniem ADHD niezbędna jest również diagnoza lekarska. Zanim trafi do psychiatry dziecięcego powinno być ono przebadane przez pediatrę dziecięcego, a także przez neurologa w celu zbadania koordynacji ruchowej, wykluczenia zaburzeń czucia, zaburzeń napięcia mięśni oraz zaburzeń postrzegania ciała. Należy ponadto wykonać badania zmian potencjału elektrycznego mózgu (EEG) w celu wykluczenia zmian w zapisie występujących np. przy epilepsji. Diagnozy nie należy stawiać po tylko jednym spotkaniu z dzieckiem, gdyż objawy mogą być niewielkie w nowej dla niego sytuacji. Zdaniem jednego lekarzy specjalizujących się w pracy z tego typu małymi pacjentami potrzeba minimum pięciu wizyt, by wyciągnąć odpowiednie wnioski co do zachowania dziecka.

Pomoc specjalistyczna– leki: tak czy nie

Leki odgrywają istotną rolę w leczeniu zespołu nadpobudliwości psychoruchowej. Trzeba na wstępie zaznaczyć, że nie leczą one nadpobudliwości w sensie stricte, ale pomagają ją przetrwać. Leczenie powinno stosować się tylko u tych małych pacjentów, u których jest to konieczne i tylko w sytuacji, gdy jest to częścią planu terapii obejmującej też inne formy pomocy. Chorym podaje się środki psychotropowe stymulujące określone struktury mózgu – prawdopodobnie ułatwiają one lepszy przepływ informacji między komórkami mózgowymi, m.in. hamując nadmierną ruchliwość dzieci. Mózg dziecka nadpobudliwego rozwija się w nieco odmienny od typowego sposób i konieczne jest pobudzenie jego określonych obszarów, aby umożliwić wyższą formę jego pracy, czyli kontrolę zachowania i skupianie uwagi. Najbardziej znanym lekiem z grupy stosowanych w ADHD psychostymulantów jest methylophenidat – pochodna amfetaminy (podstawowa nazwa handlowa – ritalin). Inne stosowane preparaty to trójcykliczne leki przeciwdepresyjne (głównie imipramina), antydepresant moklobemid, neuroleptyki (tiorydazyna i haloperidol) oraz klonidyna (preparat stosowany ponadto m.in. w leczeniu nadciśnienia). Według źródeł niemieckich około 70% dzieci z zaburzeniem hiperkinetycznym dobrze reaguje na podawanie leków psychostymulujących, poprawia się ich koncentracja uwagi i zdolność do jej trwałego utrzymywania na zadaniu, zwiększa samokontrola, zmniejsza niepokój ruchowy, dzieci lepiej zachowują się w sytuacjach społecznych i odczuwają to jako sukces w kontaktach z innymi, wzrasta ich wiara w siebie. Podanie leków psychostymulujących może umożliwić przeprowadzenie innej formy terapii (terapia zachowania, psychoterapia) oraz zapobiec wielu negatywnym skutkom nadpobudliwości w postaci niechęci do szkoły, niskiej samooceny, słabych wyników w nauce, nieszczęśliwych wypadków. Leki te nie uzależniają. Należy kontrolować sposób podawania substancji i zwracać uwagę na ewentualne działania niepożądane (tiki, depresja,), kontrolować zmiany wagi, wzrostu i ciśnienia krwi dziecka.. Leki podaje się tak długo, jak to jest konieczne.

Interesujący jest w tym kontekście pogląd Francisa Fukuyamy na dalekosiężne skutki stosowania leków psychotropowych u dzieci i na związane z tym nadużycia. W rozmowie z A. Bikont i S. Zagórskim zwraca on uwagę, jak już obecnie mogą być wykorzystywane tego typu leki. W USA kilkadziesiąt milionów dzieci zażywa leki antydepresyjne – prozac czy pokrewny mu zoloft oraz wymieniony wyżej ritalin. W wielu przypadkach leki te nie są stosowane w celach terapeutycznych, ale po to, by zmienić dzieci, które mają jakieś kłopoty psychiczne, na dzieci niekłopotliwe, takie jak ich rówieśnicy. W tym wypadku biotechnika prowadzi do mniejszej różnorodności. Prawdopodobnie w USA przypada więcej leków na głowę mieszkańca niż w jakimkolwiek innym kraju. Kariera ritalinu – zdaniem Fukuyamy – bierze

się stąd, że nauczyciele chcą kontrolować zachowanie dzieci, nie uciekając się do czasochłonnych tradycyjnych metod, takich jak nauka i kształtowanie charakteru. Jeżeli godzimy się na tradycyjne pojmowanie moralności, to przyjmujemy, że jesteśmy odpowiedzialni za nasze czyny i że wychowanie polega na uczeniu dzieci odpowiedzialności. Te leki podważają wiarę w odpowiedzialność jednostki. To zresztą jeden ze sposobów ich rozreklamowania. Powiedziano rodzicom i dzieciom, że nie są winni problemów z samodyscypliną, kontrolą emocji, że to po prostu choroba i że tę chorobę powinni leczyć lekami. Co prawda istnieją regulacje, że leki typu prozac czy ritalin podaje się tylko na receptę lekarską, ale stany depresyjne czy nadpobudliwość to nie są stany „albo-albo” – albo się choruje, albo jest się zdrowym. To są zmiany stopniowalne. Lekarz po zdiagnozowaniu pacjenta musi podjąć decyzję, czy lek przepisać. Podczas debat Rady ds. Bioetyki przy prezydencie USA okazało się, że prozac czy ritalin są przepisywane osobom, które tak naprawdę go nie potrzebują, że zażywają je pacjenci chorujący na inne choroby, dla których są one wręcz nieodpowiednie. Wokół ritalinu powstała półlegalna subkultura. W college'ach można nielegalnie dostać dowolne ilości ritalinu, który młodzi ludzie zażywają jak amfetaminę. Mając odpowiednie zaświadczenie lekarskie, że cierpi się na zespół deficytu uwagi, można uzyskać zgodę na zdawanie egzaminów w czasie dwa razy dłuższym. Rodzice naciskają na lekarzy, by stwierdzili u ich dzieci ten zespół. Wpływa to destrukcyjnie na cały system egzaminacyjny. A jeśli zespół nadpobudliwości i deficytu uwagi zostanie oficjalnie uznany za trwałą chorobę, pacjenci będą mogli uzyskać bezpłatną opiekę społeczną i inne przywileje. Nie jest to najważniejszy problem społeczny USA, ale dobrze pokazuje, że ludzie chętnie wykorzystają każdą technologię, która uprości im życie, na przykład po części zdejmie im ciężar obowiązków rodzicielskich”. Opisana powyżej sytuacja dotyczy USA, ale biorąc pod uwagę łatwe przenikanie do Polski trendów zachodnich i często bezkrytyczne wprowadzanie na rodzimy grunt obcych rozwiązań, należy zachować szczególną wagę w rozpropagowaniu tej drogi leczenia dzieci. Dotychczas ritalin jest w Polsce dostępny jedynie na recepty celowe, ale przykład USA stanowi poważne ostrzeżenie w przypadku wzrostu permissywności w kwestii stosowania substancji psychostymulujących jako środków poprawiających jakość życia.

Dieta dziecka z ADHD

Przekonanie, że stosując odpowiednią dietę, można wpłynąć na nadmiernie aktywne zachowanie dziecka, panuje wśród wielu rodziców. Najbardziej znana jest dieta Feingolda (wysunął on hipotezę o powiązaniu ADHD z alergią pokarmową), która polega na wykluczeniu barwników, środków konserwujących i naturalnych salicylanów, zawartych m.in. w owocach. Niewielka grupa dzieci nadpobudliwych reaguje pozytywnie na wprowadzenie diety, większość – nie (brak jest u nich widocznych zmian w zachowaniu związanych ze zmianą sposobu żywienia). Być może wiara rodziców w skuteczność tej metody, nadzieja i optymizm powodują już pewne zmiany całościowej sytuacji w domu, np. poświęca się więcej uwagi dziecku - i to ma na nie pozytywny wpływ. Ta metoda pomocy niesie ze sobą również wady. Ryzyko stosowania diety wiąże się z możliwym wzrostem konfliktów z dzieckiem, wzrostem jego poczucia wyobcowania i odmienności, wyłączeniem go z aktywnych kontaktów z rówieśnikami (np. podczas uroczystości urodzinowych) oraz z ryzykiem awitaminozy i niedożywienia przy długotrwałym stosowaniu. Dieta Feingolda wymaga przyrządzania świeżych posiłków z nieprzetworzonych produktów (przy ograniczonej ich liczbie). Inaczej jest ona nazywana dietą eliminacyjną, gdyż wymaga wykluczenia z żywienia wielu artykułów. Wskutek tego nieodzowna jest stała opieka lekarska w czasie jej stosowania. Jeżeli dieta eliminacyjna okaże się pomocna, należy podjąć próbę stopniowego powrotu do spożywania przez dziecko wykluczonych produktów (wprowadza się je pojedynczo, sprawdzając reakcje organizmu).

Nadpobudliwość może być nasilana przez nadwrażliwość pokarmową i jeżeli mały pacjent należy do grupy alergików, dieta może wpłynąć łagodząco na jego objawy, ale ich nie

zlikwiduje. Aktualnie brak jednoznacznych doniesień, że jakkolwiek dieta może usunąć objawy ADHD u dużej grupy dzieci.

Wsparcie w klasie szkolnej

Aby możliwe było udzielanie skutecznej pomocy dziecku nadpobudliwemu przez nauczycieli, warto, by zapoznali się oni z literaturą specjalistyczną, przeszli odpowiednie szkolenie (np. w ramach szkolenia rady pedagogicznej lub szkolenie indywidualne), odbywali systematyczne konsultacje z pedagogiem i psychologiem szkolnym, dzielili się wiedzą i doświadczeniami i korzystali z wymiany informacji z kolegami z własnej placówki, korzystali z doświadczeń rodziców dziecka, stale współpracowali z poradnią psychologiczno-pedagogiczną i poradnią zdrowia psychicznego i jeżeli to możliwe – korzystali z pomocy wolontariusza w klasie, do której uczęszcza dziecko z ADHD.

Optymalnym miejscem nauczania dziecka nadpobudliwego jest mała liczna, 10–15 osobowa klasa o charakterze integracyjnym, tj. taka, którą prowadzi dwójka odpowiednio przygotowanych nauczycieli. Nauczyciel dziecka z ADHD przede wszystkim nie powinien karać go za objawy, utrzymywać systematyczne kontakty z rodzicami, nie wzmacniać niewłaściwych zachowań, ale chwalić za wszelkie przejawy zachowań pożądaných. Ze względu na to, że dziecko ma kłopot ze zrozumieniem złożonych poleceń, wskazane jest, by mówić w taki sposób, żeby dziecko zrozumiało, tj. wydawać krótkie polecenia i kontrolować ich wykonanie, zaznaczać ważne momenty lekcji, dostosować się do rytmu pracy dziecka – z powodu zaburzeń uwagi pracuje ono krótko – więc polecane jest dzielenie trudniejszych zadań na etapy. Jako że pochodną zaburzeń uwagi jest zapominanie, należy wypracować strategie pomocy w tym obszarze (indywidualnie dobrane do możliwości ucznia). Zadaniem nauczyciela jest również stworzenie uporządkowanego świata w klasie – przestrzennie i czasowo, ustalenie stałych i jednoznacznych zasad oraz nakierowywanie na naukę samokontroli, sprawdzania wykonywanej pracy i pomoc w zorganizowaniu tej pracy. Najbardziej skuteczne jest tu nauczanie totalne (wielomodalne). Kolejnym wyzwaniem dla nauczyciela jest znalezienie możliwych do zaakceptowania sposobów rozładowania nadruchości dziecka.

Terapeutyczne formy pomocy dziecku z ADHD

Pierwszym krokiem w pomaganiu dziecku z ADHD jest przekazanie informacji o objawach zaburzeń, ich przyczynach i zjawiskach towarzyszących oraz sposobach leczenia samemu dziecku, jego rodzicom i nauczycielom. Nie ma jednej ogólnie obowiązującej procedury terapeutycznej dla dziecka nadpobudliwego. Każda terapia powinna uwzględniać cechy indywidualne danego dziecka.

W pracy z dzieckiem nadpobudliwym najskuteczniejsza jest terapia wielokierunkowa, łącząca różnicowane metody leczenia, w literaturze określana jako terapia multimodalna. Składa się na nią farmakoterapia, oddziaływania terapeutyczne wobec dziecka oraz treningi dla rodziców i poradnictwo rodzinne. Każda z ww. form została opisana w niniejszej pracy odrębnie.

W początkowej fazie terapii niezbędna jest rozmowa z dzieckiem na temat jego problemów, wyjaśnienie mu ich istoty, nakłanianie do obserwacji swojego zachowania i nauka metody samoinstruowania (dziecko uczy się dawania sobie samemu instrukcji). Ponadto stosuje się również niektóre z następujących form: ruch rozwijający W. Sherborne czy Metodę Dobrego Startu Bogdanowicz (u młodszych dzieci), kinezylogię edukacyjną P. Dennisona, terapię grupową opartą na grach i zabawach interakcyjnych (np. program korekcji zachowań według Opolskiej i Potempskiej), socjoterapię, terapię psychomotoryczną, integrację sensoryczną, hipoterapię, psychoterapię indywidualną lub grupową dziecka (pracę nad ugruntowaniem samooceny, nad polepszeniem relacji z rówieśnikami); trening umiejętności społecznych, terapię zaburzeń uwagi. Ważną propozycją dla dzieci nadpobudliwych są różne techniki re-

laksacyjne, np. trening autogenny, opowiadania odprężające psychicznie, ćwiczenia rozluźniające napięcie mięśni oraz w dalszej perspektywie metoda biofeedbacku – u młodzieży.

W przypadku stwierdzenia dodatkowo parcjalnych deficytów rozwoju zalecane są zajęcia korekcyjno-kompensacyjne czy zajęcia wyrównawcze; terapię logopedyczną prowadzi się u dzieci z zaburzeniami funkcji językowych.

Wspomaganie i wspieranie rodziców dziecka z ADHD

Pomoc rodzicom dziecka z ADHD może przyjmować postać spotkań edukacyjnych, dotyczących podstawowych zagadnień związanych z ADHD, warsztatów poświęconych specyfice postępowania z dzieckiem, grup wsparcia, terapii indywidualnej i rodzinnej oraz biblioterapii i poradnictwa zakresie stosowanych oddziaływań wychowawczych. Metodą pracy z trudnymi zachowaniami dzieci, jaka mogą przyswoić sobie rodzice, jest metoda C. Sutton, pomagająca nauczyć się zamiany zachowań niepożądanych na pożądane, czyli oczekiwane od dziecka. Metoda Faber i Mazlish zaś – poznawana np. w ramach Szkoły dla Rodziców – pomaga ukształtować nowy sposób porozumiewania się w rodzinie oraz znaleźć wzajemny szacunek i zrozumienie oraz budować pozytywny obraz własnej osoby.

Podczas warsztatów i treningów rodzice uczą się sposobów radzenia sobie z bezsilnością, bezradnością, poczuciem winy, osamotnieniem, smutkiem, złością i poczuciem klęski (tych negatywnych uczuć rodzice dzieci nadpobudliwych doświadczają częściej niż inni); istotne jest również przerwanie błędnego koła karania dziecka i agresji ze strony rodziców. Ważne, by wiedzieli oni, jak wzmacniać prawidłowe zachowania dziecka stosując odpowiedni system konsekwencji.

Z doświadczeń rodziców, zebranych przez lekarzy pracujących z tego typu problemami, wynikają trzy przydatne zasady:

- nie należy mówić dziecku tego, czego samemu nie znosi się wysłuchiwać;
- chwila spędzona przez dziecko z kimś, kto je rozumie nawet wtedy, gdy nic mu się nie udaje, pozwala odzyskać wiarę w siebie;
- należy dostrzegać sukcesy, a nie porażki, a jeżeli trzeba – zmieniać porażki w zwycięstwa.

Największym kapitałem, jaki rodzice mogą przekazać swojemu dziecku, jest pozytywny obraz samego siebie i umiejętności zmagania się z codziennością. Obraz taki powstaje dzięki sygnałom od innych ludzi, szczególnie od dorosłych osób znaczących w życiu dziecka. Najważniejsze jednak w kształtowaniu się samooceny jest to, co dziecko słyszy na swój temat od rodziców. Dzieci potrzebują akceptacji, zrozumienia dla uczuć (nie oznacza to jednak zgaszczania się na wszystkie zachowania). Pomocne jest prawdziwe słuchanie tego, co mówi dziecko, akceptacja jego uczuć i pomoc w zapanowaniu nad uczuciami. Najbardziej niszcząco na porozumienie rodziców z dzieckiem wpływa udawanie, że słucha się dziecka, zasypywanie pytaniami i udzielanie rad, prawienie kazań, zaprzeczanie temu, co czuje dziecko, wydawanie kategorycznych poleceń i rozkazów, obrażanie, oskarżanie, ranienie emocjonalne, a szczególnie – kary fizyczne. Podobnie negatywnie jak zbyt sztywna dyscyplina, skutkuje też brak systemu jasno sformułowanych zasad regulujących życie rodzinne. Ważne jest wprowadzenie jasno i w sposób zrozumiały dla dziecka sformułowanych norm i zasad, tworzących spójny system obowiązujący w domu. Z systemem tym wiąże się pojęcie konsekwencji – pomagają one utrzymać dyscyplinę i nie są zależne od humoru rodzica. Mogą być naturalne lub umowne (jeżeli zrobisz to – stanie się to). Istotne, by były powiązane z zasadą, której dotyczą i ściśle przestrzegane. W odróżnieniu od kary konsekwencja nie wzbudza agresji dziecka, nie przekazuje ona bowiem informacji, że jest złym dzieckiem, ale pokazuje, do jakich skutków prowadzi dane zachowanie.

PRZEWIDYWANE TENDENCJE ROZWOJOWE ZJAWISKA

Objawy nadpobudliwości psychoruchowej w miarę dorastania ustępują u ok. 60% dotkniętych nią dzieci. Jednakże u niektórych osób objawy ADHD utrzymują się również w wieku dorosłym, charakteryzując się głównie trudnością z koncentracją uwagi, skłonnością do roztargnienia i nadmierną impulsywnością. Ponadto występują duże problemy z właściwą organizacją dnia, pracy czy pojedynczych zadań do wykonania. Typowy jest brak planowania i przechodzenie od jednej czynności do drugiej, bez zakończenia rozpoczętych zadań. Objawem towarzyszącym jest labilność emocjonalna. Podwyższony nastrój może łatwo przejść w przygnębienie. U takich osób zdarzają się częste wybuchy złości, wskutek niskiej tolerancji na frustrację. Opisane objawy prowadzą do powstawania problemów w pracy, małżeństwie i rodzinie. Osoba z przetrwałym ADHD jest narażona na większe ryzyko wystąpienia rozwoju społecznego (naruszanie obowiązujących norm, zasad i praw) oraz uzależnienia się od alkoholu i narkotyków. Wczesne rozpoczęcie i kontynuowanie aż do wieku młodzieńczego długoterminowej terapii multimodalnej w widoczny sposób zmniejsza ryzyko współwystępowania zaburzeń na bazie ADHD.

PROPOZYCJE ĆWICZEŃ:

- **Zabawy na poznanie imion:**
Każdy z uczestników wypowiada swoje imię, wraz z wybranym przez siebie gestem. Reszta grupy powtarza to imię i gest. W następnej rundzie grupa próbuje sama powtórzyć wszystkie imiona i gesty.
- **Gra terenowa „Klamerki”.**
Wyznaczamy w terenie obszar zabawy. Uczestnicy otrzymują po 3 klamerki do wieszania bielizny. Przypinają je do swojego ubrania. Wykonują kolejno polecenia prowadzącego:
1) w ciągu 3 minut należy zdobyć jak największą liczbę klamerki;
2) w ciągu 3 minut należy pozbyć się jak największej liczby klamerki poprzez przypięcie ich do ubrań uczestników zabawy.
Gra szybka, wesółą, wyzwalamąca pozytywne emocje.
- Drużyna otrzymuje 10 wyrazów. Zadaniem jest napisać rymowany wiersz, 1 wyraz z listy ma się znaleźć w 1 wersie wiersza. Użyty wyraz wykreślamy. Odczytujemy, a drużyna przeciwna sprawdza, czy wszystkie wyrazy zostały użyte. Wygrywa ta drużyna, która użyła więcej wyrazów z listy.

wyr. 1: kwiaty, zające, leci, pies, dzieci, czeka, idą, wycinanki, konie, koniec.

kwiaty na łące

skaczą zające

samolot leci

bawią się dzieci

pies szczeka

mama czeka

idą słońce

biegną konie

kolorowe wycinanki

koniec wyliczanki

wyr. 2: biedronka, komnata, stojące, świerszcze, łąka, wysoka, dziecko, owca, firanki, koniec.

biedronka lata

wielka komnata
krzesło stojące
świerszcze grające
łąka szeroka
góra wysoka
dziecko śmiejące
owce beczące
wiszące firanki
koniec rymowanki

- **„Walizy babci Izy”**

Dzieci zapisują, co zapakowała Babcia Iza do walizy. Po każdym zapisaniu zaginamy kartkę, wyznaczona osoba z grupy dopisuje po każdym dziecku umówione zdanie. Zadaniem grupy jest głośne, chóralne odczytanie napisanego tekstu. Punkty otrzymuje drużyna, która poprawnie odczyta tekst.

Babcia Iza zapakowała do walizy.....

umówione zdania: 1. *i wpadła do wytapetowanego pokoju*

2. *i popedałowała suchą szosą do Pikutowa*

- **„Układamy zdanie z wyrazu stodoła”**

Z każdej litery wyrazu stodoła układamy nowy wyraz tak, aby powstało zdanie. Wygrywa drużyna, która zrobi to jako pierwsza i użyje każdą literkę do utworzenia nowych wyrazów.

Stała

topola

obok

doła

osamotniona

łapała

amatora.

- **„Obrona twierdzy”**

Wyznaczona osoba przez prowadzącego wchodzi do środka koła i stając przy butelce za napisem „twierdza” jest obrońcą „twierdzy”. Na sygnał zawodnicy leżący na obwodzie koła toczą kulę papierową po podłodze między sobą i w dogodnym momencie starają się strącić butelkę. „Obrońca twierdzy” odbija piłkę, łapie, zatrzymuje, starając się nie dopuścić do jej strącenia.

- **Gimnastyka relaksacyjna**

Napinanie wszystkich partii mięśni zaczynając od stóp.

- **Rysunek z bazgrołów**

Dzieci mażą na kartce, wyznaczają punkt przez który prowadzą linię (tworzymy liście, płatki śniegu, pajęczyny).

- **„Masażyki”**

Jedno dziecko siedzi z zamkniętymi oczami, a drugie robi mu masaż pleców do historyjki opowiedzianej przez nauczyciela.

- **„ISKIERKA”**

Dzieci siedzą w kole i trzymają ręce na kolanach sąsiadów.
Jedno klepięcie w kolano sąsiada – impuls idzie dalej,
Drugie klepięcia – impuls wraca, kto się pomyli, odpada.

- **„Wyklaskiwane wierszyki”**

Na planszy przed dziećmi leży tekst, dzieci losują karty z literkami użytymi w tekście, gdy zobaczą swoją literę muszą klasnąć w dłoń.

Litera – 1 klaśnięcie.

Wszyscy klaszczą: 2 klaśnięcia – spacja, 3 klaśnięcia przecinek, 4 klaśnięcia kropka.
Klaszczemy dotąd, aż cały tekst wyklaszczemy bezbłędnie.

Czyżyk

Czesał

czyżyk

czarny

koczek,

Czyszcząc

w

koczku

każdy

loczek,

po

czym

przykrył

koczek

toczkiem,

lecz część loczków wyszła boczkciem.

Po

potrzebne litery: (c, z, e, s, a, ł, y, ż, k, r, n, o, w, a, u, d, l, p, m, t, i, ę, ś, ć, ó, b)

- **Trening autogenny Schultza w wersji A. Polender**

Posłuchajcie dzisiaj opowiadania o małym, dobrym skrzacie (krasnalu, leśnym ludku, misiu, dobrym duszku, języku, ufoludku itp.). Malutki skrzacik żyje w dużym, ciemnym lesie, pod ogromnym muchomorem. Ma czerwoną czapeczkę, niebieski kubraczek i zawsze się uśmiecha. Przez całą wiosnę, lato, jesień skrzat ciężko pracował, wszystkim wokół pomagał, żeby każdy był szczęśliwy. Zbliżała się zima i skrzacik poczuł się ogromnie zmęczony. Zrobił sobie wygodne posłanie pod czerwonym grzybkim i postanowił wreszcie wyspać się i solidnie odpocząć. Wszystkie dzieci będą teraz myślały o tym spracowanym, wesołym dobrym skrzacie i robiły wszystko to, co on robi. Skrzat układa się do głębokiego zimowego snu i kładzie się prościutko na posłaniu. Wy też kładzicie się na kocykach. Skrzat kładzie sobie pod głowę poduszeczkę z zielonego, puszystego mchu – wy też leżycie już z głową na poduszce. Skrzacik leży spokojnie, ma zamknięte oczy, czuje jak odpoczywają jego rączki, nóżki, głowa, buzia i oczka. Najpierw czuje, że jego lewa noga robi się taka ciężka, coraz cięższa, jakby była z drewna czy z żelaza. Skrzat nie może jej podnieść, noga stała się leniwa, ale tak jest dobrze, wygodnie. Ach, jak ciepłutko i przyjemnie. Prawa noga zazdrości lewej. Więc, aby jej nie było smutno, Skrzacik myśli o tej drugiej. Prawa noga też robi się taka ciężka, coraz cięższa, że nie można jej podnieść, więc się nie rusza, leży spokojnie, jest jej dobrze i ciepłutko. Ach, jak ciepło i przyjemnie. Obie nóżki skrzata są teraz spokojne, nie ruszają się. Jest im dobrze i ciepłutko. A łapki Skrzacika? Też chcą, żeby im było przyjemnie więc skrzat myśli o nich. Najpierw o lewej rączce. Ona chce odpocząć, bo się bardzo napracowała. Skrzacik położył rączkę wygodnie na posłaniu wzdłuż swego ciała. Paluszki leżą swobodnie. Są leniwe, nic im się nie chce robić. A prawa ręka? Skrzat myśli o niej, a ona robi się taka ciężka jak klocek z drewna, ale za to jest ciepłutka i jest jej przyjemnie. Teraz Skrzacik myśli o tej drugiej rączce. Najpierw sprawdza, czy jest jej wygodnie, czy paluszki się nie ruszają. Ojej! Ona też się robi taka ciężka, nie można jej oderwać od kocyka. Ale i jej jest dobrze i ciepłutko. Teraz i rączki i nóżki leżą już spokojnie, nie ruszają się. Jest im dobrze. Odpoczywają. Skrzat już o nich nie myśli. Ale za to przypomniał sobie o swojej głowie. Opuszcza ją swobodnie, aż zapada się ona w poduszeczkę. Główka leci, leci gdzieś w dół.... Jest jej dobrze. Buzia rów-

niez jest spokojna. Oczka są zamknięte, nic nie widzą, jest ciemno. O jak przyjemnie, o niczym się nie myśli. Leżymy spokojnie, cichutko..., słuchamy razem ze skrzatem jak szumi las, jak drzewa śpiewają (nauczyciel nuci kołysankę). Teraz się budzimy i przeciągamy rozkosznie. O, jak dobrze... Skrzacik się wyspał i świetnie się czuje. Zatem spróbujmy, czy potrafimy wolno unieść w górę jedną nóżkę, potem drugą – w górę i bach! – na posłanie, teraz druga w górę i bach! Na posłanie. Skrzat podnosi się i wstaje. Wy też wstańcie, przeciągnijcie się mocno. A teraz, abrakadabra, hokus-pokus, czary-mary zamieniam was z powrotem w dzieci i zapraszam do koła. Ma teraz do was pytanie: kto z was był naprawdę skrzatem, myślał i robił to samo co on? Co czuliście podczas zabawy? Co wam się najbardziej spodobało?

- **„Miś”**

„Mały, maleńki Puszysty Miś, z miękkimi włoskami i czarnym noskiem, mieszkał z mamusią i tatusiem, i jeszcze mniejszym od siebie braciszkiem w wielkim ciemnym lesie. Wszyscy pracowali całe lato nad przygotowaniem domku na zimę i nad gromadzeniem zapasów jedzenia. Bo jak spadnie śnieg, to żadnego owocu, listka i korzonka nie będzie. Dziś nasz mały miś napracował się bardzo. Ze zmęczenia aż bołą go rączki i nóżki. A tu mamusia wyszła i Miś nie może się jeszcze położyć i odpocząć, bo musi pilnować swego małego braciszka. Robi się już ciemno, a mamusi jeszcze nie ma. Miś niecierpliwi się i niepokoi: Co się stało? Ale mamusia wraca! Jak dobrze! Teraz może odpocząć. Mały miś układa się na posłaniu z pachnącego sianka. Pod głowę kładzie poduszeczkę z miękkiego mchu. Teraz Miś wyciąga się na posłaniu. Zamyka oczy. Rączki kładzie swobodnie i wygodnie wzdłuż ciała. Nóżki są wyprostowane, leżą swobodnie. Jak dobrze i spokojnie jest Misiowi. Miś czuje, że jego rączka staje się ciężka, o! Jaka ciężka! Jakby była z kamienia. Miś nie może jej podnieść. Rączka leży bezwładnie i jest taka ciężka, jakby w ziemię chciała się zapaść. Teraz druga rączka staje się ciężka, o! Jaka ciężka jakby była z kamienia. Miś nie może jej podnieść. Rączka leży bezwładnie i jest taka ciężka, jakby w ziemię chciała się zapaść. A teraz Miś czuje, że jego nóżka staje się ciężka, że zapaść chce się w ziemię. I druga nóżka robi się teraz ciężka i chce zamienić się w bryłę z kamienia. Druga nóżka jest już taka ciężka, bezwładna, ale Misiowi jest dobrze, przyjemnie. Miś jest spokojny, odpoczywa, słuch jak wiatr szeleści liśćmi. Ale oto Miś spostrzega, że jego rączka zrobiła się ciepła. Jest taka ciepła, jakby na nią słońeczko padało i ogrzewało ją swymi promieniami. Obie rączki są cieplutkie. Jest im przyjemnie. Promienie słońeczka przesuwają się na nóżki. Najpierw jedna nóżka robi się rozkosznie ciepła, teraz druga nóżka jest cieplutka. Miś jest rozleniwiony, nic mu się robić nie chce, jest mu dobrze, przyjemnie, spokojnie”. Teraz następuje chwila przerwy. Minuta lub dłużej (do 5 min) w zależności od zachowania się dzieci. Pierwsze oznaki wychodzenia ze stanu odprężenia, ruchy kończynami czy inne wyrazy pobudzenia ruchowego powinny być sygnałem do wyprowadzenia wszystkich dzieci ze stanu relaksacji. „A teraz znowu trzeba stać się dzieckiem. Zginamy rączki, wyprostowujemy je raz, dwa, trzy, głęboko oddychamy – raz, dwa, trzy. Teraz otwieramy oczka. I już każde z nas jest znowu dzieckiem, Miś został w lesie, ale my teraz tak jak Miś czujemy się bardzo dobrze, jesteśmy wypoczęci i radośni”

- **Pszczola Słoduszka – adaptacja treningu W. Schulza**

Dzieci układają się w wygodnej pozycji, tak by nie przygniatać żadnej kończyny. Zaczyna brzmieć muzyka. Mówimy: Posłuchajcie bajki o pszczole Słoduszce. Postarajcie się przeżyć to, co ona. Było lato. Słońce mocno grzało. Pachniały kwiaty lipy, koniczyny i wiele innych. Słoduszka od rana zbierała z kwiatów słodki nektar. Musiała bardzo szybko poruszać skrzydełkami, żeby przefruwać z jednego kwiatka na drugi. Poczwała zmęczenie. Ile to jeszcze kwiatów musze odwiedzić? Zaczęła liczyć: jeden, dwa, trzy, cztery, pięć, sześć, siedem, osiem, dziewięć, dziesięć, jedenaście, dwanaście (przy liczeniu należy zwalniać tempo). Słoduszcze zaczął się plątać język...Położyła się wygodnie na dużym liściu, rozluźniła zmę-

czone nóżki i łapki, zamknęła oczy. Jej brzusek zaczął spokojnie oddychać. Jak mi dobrze, słyszę tylko piękną, cichą muzykę lata, pomyślała Słoduszka. Moja prawa łapka staje się coraz cięższa, nie chce mi się jej podnieść. Moja lewa staje się leniwa, nie chce mi się jej podnieść. Tylko mój brzuch równiutko, spokojnie oddycha. Prawa noga z przyczepionym woreczkiem miodu staje się ciężka, coraz cięższa i cięższa. Lewa noga, też z woreczkiem miodu, staje się ciężka, coraz cięższa. Nie chce mi się jej podnieść. Głowa jest tak wygodnie ułożona. Jestem spokojna, słyszę piękną muzykę. Czuję jak słońce ogrzewa moje nogi i łapki. Jest mi coraz cieplej... Ciepło z łapek i nóg przepływa do brzuszka. Całe ciało jest przyjemnie ogrzane letnim słońcem. Jestem spokojna, czuję się bezpiecznie. Ogarnia mnie senność. Zасыpiam, zasypiam, zasypiam...”

- **Technika relaksacji według Jacobsona w wersji B. Kaji**

Dzieci leżą wygodnie na kocykach lub dywanie. Nogi wyciągnięte swobodnie. Głowa złożona na małej poduszce. Ramiona wyciągnięte wzdłuż tułowia tak, aby się nie dotykały.

1. Zegnij prawe ramię tak, by naprężyć biceps.

Jesteś silny, bardzo silny, naprężaj go mocno (przez kilka sekund). Czujesz, jak bardzo napięte są twoje mięśnie? A teraz jesteś słaby, rozluźnij napięte mięśnie, połóż z powrotem rękę na dywan. Teraz wyraźnie czujesz, jak rozluźniły się twoje mięśnie.

2. To samo, tylko lewą ręką.

3. Naciśnij, jak możesz najsilniej, pięścią prawej ręki na klocek (z tworzywa sztucznego) położony po twojej prawej stronie – jesteś silny, twoje mięśnie są napięte. A teraz rozluźnij mięśnie, jesteś znowu słaby, nie naciskaj już, czujesz ulgę. Mięśnie rozluźniły się.

4. To samo, tylko z pięścią lewej ręki. A teraz odpocznij chwilę, leż spokojnie i oddychaj spokojnie, równo, ręce twoje odpoczywają.

5. A teraz silna i słaba będzie twoja prawa noga.

Włóż klocek pod kolano zgiętej nogi i mocno ściśnij nogę w kolanie, a teraz noga słabnie, rozluźniasz mięśnie, wypuszczasz klocek.

6. To samo ćwiczenie, tylko z lewą nogą.

7. A teraz zobaczymy, czy masz tyle siły, by napełnić powietrzem swój brzusek. Wciągnij mocno powietrze w płuca i napnij brzusek jak balon, mocno, a teraz wypuść powietrze, rozluźnij mięśnie, czujesz ulgę.

8. Naciśnij mocno głową na poduszkę, na której leżysz, głowa jest bardzo silna, naciskasz mocno, a teraz rozluźnij mięśnie, głowa już nie naciska na poduszkę, odpoczywa, czujesz ulgę.

9. Jesteś niezadowolony i groźny, ktoś zniszczył twoją budowlę z klocków. Marszczysz mocno czoło, jeszcze mocniej, a teraz rozluźnij mięśnie, niech odpoczną, czoło jest gładkie.

10. Twoje oczy też możesz mocniej i słabiej zaciskać powiekami. Spróbuj teraz zacisnąć mocno powieki, jeszcze mocniej, a teraz rozluźnij je, odpocznij.

11. A teraz zacisnij mocno szczęki, zęby dotykają zębów. I górna i dolna szczęka jest silna, zęby mocno naciskają na siebie. A teraz rozluźnij szczęki, czujesz ulgę.

12. Ułóż wargi tak jakbyś chciał powiedzieć „och” (lub zrób ryjek jak u małej świnki) i napnij mocno mięśnie ust, a teraz rozluźnij mięśnie.

- **Teksty afirmacji, wizualizacji dla dzieci**
„Wodospad”

Wyobraź sobie, że spacerujesz po lesie. Otaczają cię same duże drzewa. Pogodnie zagłębiasz się w las. W pewnej chwili dociera do ciebie szum płynącej wody. Jest to bardzo przyjemny dźwięk. Słyszysz go coraz wyraźniej... Zbliź się do płynącej wody, do tego

strumienia. Idąc wzdłuż jego biegu, dochodzisz do wodospadu ciepłej wody. Jest to wyjątkowo piękny wodospad, otoczony mgiełką pary... Wpatrujesz się w tę wodę, obficie spływającą. Wodę czystą i ciepłą... Czujesz miłe wzruszenie. Celem relaksu przez wizualizację jest wprowadzenie zarówno ciała, jaki umysłu w stan totalnej relaksacji.

„Chmurka”

Wyobraź sobie, że jesteś białą pierzastą chmurką, płynącą po niebie. Wyglądasz ślicznie na tle błękitnego nieba, przemykając między promieniami słońca. Delikatny wiaterek przemieszcza chmurki we wszystkie strony, nie jesteś sam, płyną obok ciebie inne białe chmurki. Jest Wam razem dobrze. Przed Wami przelatują ptaki, a w dole wciąż zmienia się krajobraz. Płynąc po niebie widzisz w dole piękny las, rozległe łąki, pola z łanami zbóż, pola przecina rzeka, a wzdłuż niej droga, ale to wszystko jest w dole. Ty beztrudnie płyniesz po niebie, czujesz się radosny i bezpieczny, kąpiesz się w promieniach słońca, jesteś szczęśliwy, masz swoje miejsce, jesteś potrzebny i ważny, jesteś jedyny i niepowtarzalny. Czujesz, że jesteś kochany, akceptowany. Zapamiętaj te wszystkie odczucia, zawsze będziesz mógł do nich wrócić. A teraz powoli wracasz do sali na swoje miejsce i przestajesz być chmurką”.

BIBLIOGRAFIA:

1. Bikont A., Zagórski S., „Wieszczę koniec człowieka”, „Gazeta Wyborcza”, 20–21.03.2004 nr 684582.
2. Bryant P. E., Dolman A. M., „Psychologia rozwojowa”, Poznań 1997.
3. Chromik J., Syczyło M., Zacharewicz J., „Dziecko nadpobudliwe psychoruchowo”, „Pro Paedagogia” 2003 nr 2, 3.
4. Dąbrowski M., „Rozpowszechnienie ADHD – wpływ na sytuację szkolną dziecka” – niepublikowane materiały z seminarium – „Zaburzenia emocjonalne utrudniające funkcjonowanie szkolne dzieci i młodzieży”, Bydgoszcz 2004.
5. Fontana D., „Psychologia dla nauczycieli”, Poznań 1998.
6. Ilg F.L., Bates Ames L., Baker S. M., „Rozwój psychiczny dziecka” cz.1 i 2, Gdańsk 1998.
7. Jankowski A., „Uczeń w teatrze życia szkolnego”, Warszawa 1989.
8. Luvmor J. i B., Weistar D. i T., Kara A. i A., „Wszyscy wygrywamy”, Gdańsk 2003.
9. Nartowska H., „Wychowanie dziecka nadpobudliwego”, Warszawa 1972.
10. Opolska T., Potempska E., „Dziecko nadpobudliwe. Program korekcji zachowań”, Warszawa 1998.
11. Pielkova J. A., „Rodzicielskie troski”, Warszawa 1988.
12. Przetacznik-Gierowska M., Makiełło-Jarża G., „Psychologia rozwojowa i wychowawcza wieku dziecięcego”, Warszawa 1985.
13. Rumpf J., „Krzyczyć, bić, niszczyć. Agresja u dzieci w wieku do 13 lat”, Gdańsk 2003.
14. Schäfer U., „Dlaczego dzieci się wiercą”, Warszawa 2001.
15. Ślankak J., „Uczeń z odchyleniami w stanie zdrowia i rozwoju”, Warszawa 1984.
16. Wolańczyk T., Kołakowski A., Skotnicka M., „Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci”, Lublin 1999.
17. Wolańczyk T., Skotnicka M., Kołakowski A., Pisula A., „Zespół nadpobudliwości psychoruchowej u dzieci”, Warszawa 2001.