

Wstęp

Każdy znajduje w życiu swoje Westerplatte – wymiar zadań, które musi podjąć i wypełnić, słuszną sprawę, o którą nie można nie walczyć, obowiązek, powinność, od których nie można zdezerterować, porządek prawd i wartości, które trzeba podjąć, utrzymać i obronić.

Jan Paweł II

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi – Attention Deficit Hyperactivity Disorder (terminologia amerykańska), zespół hiperkinetyczny – Hyperkinetic Disorder (terminologia europejska) stanowi kategorie zaburzeń najczęściej rozpoznawanych wśród dzieci w wieku szkolnym, którego objawy utrzymują się do wieku dorosłego. Pomimo przeprowadzenia szeregu badań naukowych oraz istnienia wielu publikacji zainteresowanie tą problematyką wciąż pozostaje duże. Zespół ADHD nie ma granic kulturowych czy etnicznych, jest znany od wielu lat, przekracza granice narodowościowe, wieku, płci oraz granice między dyscyplinami naukowymi. Syndrom ten występuje u osób z różnym poziomem rozwoju intelektualnego, a zatem również u osób z wysokim poziomem inteligencji. Dzieci z ADHD stanowią 4,5–5,5%, a dorośli 3,5–4,5% ogólnoludowej populacji¹. Zatem w momencie osiągnięcia pełnoletności symptomy nie znikają, lecz na poszczególnych etapach rozwoju może zmienić się ich charakter. Wraz z wiekiem zauważalny jest spadek zachowań związanych z nadruchliwością oraz impulsywnością, natomiast nasileniu ulegają zaburzenia koncentracji uwagi. ADHD jest chorobą przewlekłą, a nie epizodyczną. Utrzymujące się objawy dają chroniczne problemy z funkcjonowaniem na wszystkich płaszczyznach życia, lecz dzięki szybkiemu postępowi dokonywanemu się w naukach wiemy coraz więcej na temat objawów, przyczyn, sposobów kontrolowania i radzenia sobie z tym zaburzeniem. Możemy zatem efektywniej wspomagać rozwój dzieci i młodzieży dotkniętych tym syndromem. Wychowywane i wspierane w atmosferze spokoju, zrozumienia, akceptacji i poczucia bezpieczeństwa, otoczone opieką specjalistów i ich współpracą z rodzicami mają szansę na prawidłowe funkcjonowanie w społeczeństwie i realizację marzeń. Jak słusznie zauważył T. Wolańczyk los włożył tym dzieciom do plecaka stos kamieni i bez pomocy dorosłych dziecko może się pod tym ciężarem załamać. Zwłaszcza że

¹ R.A. Barkley, *ADHD. Podjąć wyzwanie. Kompletny przewodnik dla rodziców*, Kraków 2020, s. 45.

zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) objawia się trwałymi sposobami zachowania układającymi się w charakterystyczną triadę objawów: problemami z utrzymaniem uwagi, z kontrolą impulsywności oraz nadmierną ruchliwością. Potocznie można uznać, że znaczna część dzieci i młodzieży ma takie problemy, jednak o zespole nadpobudliwości psychoruchowej mówimy tylko wtedy, gdy objawy te są niewspółmierne do wieku i poziomu rozwoju dziecka, a także stają się źródłem wyraźnych niepowodzeń w domu i szkole, niekorzystnie wpływają na życie rodzinne, naukę i rozwój dziecka. Podstawą postępowania w zespole nadpobudliwości psychoruchowej są działania wielokierunkowe, interdyscyplinarne (pomoc medyczna, psychologiczna, pedagogiczna i społeczna) ze szczególnym uwzględnieniem poradnictwa rodzinnego i treningu umiejętności rodzicielskich.

Ponieważ objawy ADHD, pomimo zmiany siły natężenia, utrzymują się również w wieku dorosłym, w niniejszym opracowaniu pojawią się także odniesienia do funkcjonowania młodzieży i dorosłych z zespołem hiperkinetycznym. W świetle badań szacuje się, że symptomy zaburzenia utrzymują się u około 70% dzieci w okresie dojrzewania, a u 30–50% w życiu dorosłym, tylko 10–20% cierpiących w dzieciństwie na ADHD nie ma problemów z tym zaburzeniem w życiu dorosłym, a 25% prezentuje w dorosłości trwałe już zachowania aspołeczne². Kiedy mówimy o osobach dorosłych z ADHD, należy podkreślić fakt, że objawami osiowymi są również nadruchliwość, impulsywność i zaburzenia uwagi, jednak zdecydowanie rzadziej syndrom ten jest rozpoznany i leczony w dorosłości.

Na podstawie doświadczenia akademickiego oraz doświadczeń wyniesionych z pracy z dziećmi i młodzieżą z ADHD można stwierdzić, że mamy obecnie do czynienia z „plagą ADHD” lub „modą na ADHD”. Problem jest jednak bardzo poważny, to zespół objawów, z których „czasami się wyrasta”, ale które są i nie można ich zmienić, można natomiast modyfikować otoczenie, stwarzając dziecku korzystniejsze warunki zdobywania wiedzy i przebywania w grupie, wzrastania w poczuciu własnej wartości, zrozumienia i tolerancji. Dlatego też refleksja oraz zainteresowania badawcze znajdujące się w strukturze niniejszego opracowania koncentrują się wokół funkcjonowania dzieci i młodzieży z ADHD na różnych płaszczyznach życia edukacyjnego, społecznego oraz przyszłego zawodowego. Istnieje również konieczność obalania mitów oraz zniekształceń związanych z ADHD. Obserwuje się często nadużywanie czteroliterowego skrótu ADHD wobec dzieci i młodzieży wykazujących trudności wychowawcze i dydaktyczne oraz osób mających aktywny temperament, bardzo energicznych i żywiołowych. „Najbardziej szkodliwym stereotypem jest jednak łączenie ADHD z agresją i budowanie obrazu dziecka, które kopie, gryzie, bije, niszczy, sieje destrukcję. Czasem opinia taka może przybierać bardziej drastyczną postać, jak przewrotnie jeden ze stereotypów głosi, że dzieci z ADHD to głównie chuligani i bandyci, a ze zdrowym rozsądkiem czy intelektem

² K. Karteczka, *Zespół hiperkinetyczny ADHD u osób dorosłych*, „Edukacja Dorosłych” 2012, nr 1, s. 114.

nie mają zbyt wiele wspólnego³. Ze względu na łatwość używania akronimów oraz społeczną nośność problemu zaburzenie hiperkinetyczne jest przedmiotem medialnych dyskusji, bywa wykorzystywane przez środki masowego przekazu nie zawsze w odniesieniu do jego medycznego znaczenia, lecz poprzez identyfikowanie osoby z ADHD jako osoby niezdyscyplinowanej⁴.

Potrzeba zatem systemowych rozwiązań profilaktycznych w zakresie reedukacji poprzez takie działania, jak m.in. systematyczne podnoszenie wiedzy na temat tego syndromu wśród społeczeństwa, przeprowadzanie akcji internetowych i telewizyjnych, opracowywanie licznych publikacji czy prowadzenie szkoleń dla kadry nauczycielskiej. Podjęcie szybkich działań przez osoby kompetentne jest szczególnie ważne w przypadku dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym (typowy wzorzec zachowań ujawnia się między 3 a 5 rokiem życia). Natomiast brak odpowiednich kompetencji pedagogów, brak opieki specjalistycznej i niewiedza rodziców dziecka mogą doprowadzić do powstania u dzieci zaburzeń wtórnych. W szkołach uczniowie z ADHD są często źle postrzegani nie tylko przez nauczycieli i rówieśników, ale również przez rodziców innych dzieci. Spotykają się z dyskryminacją z powodu swoich trudności i zachowania. Innym problemem jest niewiedza społeczeństwa na temat przyczyn, skutków ADHD i ADD oraz sposobów wspierania osób dotkniętych tych syndromem. Wszystko to przekłada się na problemy z funkcjonowaniem praktycznie we wszystkich sferach życia. Bycie rodzicem, opiekunem lub nauczycielem dziecka nadpobudliwego psychoruchowo, u którego współwystępują jeszcze inne zaburzenia jest prawdziwym wyzwaniem. Wychowywanie dziecka z ADHD powoduje często zmiany w warunkach życia rodziny, przekształca jej funkcjonowanie i może przyczyniać się do powstawania konfliktów i napięć między jej członkami. Dlatego tak ważne jest otoczenie opieką psychologiczną i społeczną nie tylko dziecka, ale i jego rodziców. Przypuszcza się, choć zmierzamy w tym zakresie w coraz lepszym kierunku, że nauczyciele mają duże trudności z umiejętnym łączeniem wiedzy o rozwoju z wiedzą psychologiczną i pedagogiczną, a szkoły nastawione na nauczanie masowe są często po prostu nieprzystosowane do zapewnienia uczniom odpowiedniej opieki i warunków. Wszystko to rzutuje niekorzystnie na pozycję społeczną dziecka z ADHD w grupie rówieśniczej. Za niezwykle istotne uznaje się zatem pogłębianie i aktualizowanie przez nauczycieli, wychowawców oraz specjalistów szkolnych gruntownej wiedzy związanej z ADHD, by efektywnie wspierać postępy ucznia i czuwać nad jego rozwojem. Wspieranie dziecka z ADHD w jego funkcjonowaniu w środowisku edukacyjnym wymaga zmiany sposobu nauczania. Nauczyciele w sposób aktywny powinni budować kontakt z uczniami – zauważać i wspierać ich mocne strony, ale także w świadomy sposób próbować pracować

³ D. Podgórska-Jachnik, *Psychospołeczne konteksty ADHD*, 2019, s. 177, <dspace.ukw.edu.pl> [dostęp: 16.08.2020].

⁴ I. Gorzkowska, J. Samachowiec (red.), *Historia zaburzenia hiperkinetycznego (ADHD) na świecie i w Polsce przed ICD-10 i DSM IV-TR*, „Psychiatria” 2012, t. 9, nr 3, s. 91.

nad trudnymi zachowaniami lub deficytami uczniów. Poważnym problemem jest mała dostępność do leczenia wynikająca z limitów stawianych przez NFZ oraz brak wykwalifikowanych specjalistów w poradniach i szkołach do wielokierunkowej pracy z uczniami. Większość dzieci dotkniętych ADHD i ADD nie jest prawidłowo diagnozowana. Szczególne trudności w rozpoznaniu sprawia ADD – zaburzenia koncentracji uwagi bez nadruchliwości. Postać ta jest rzadsza i występuje częściej u dziewczynek. Obecnie mówi się o pseudozaburzeniach uwagi jako „zjawiska kulturowego wzbudzenia objawów zakłóceń uwagi, wywołanych stylem życia, szybkim tempem realizacji różnorodnych zadań i obowiązków zawodowych. U dzieci mogą one wynikać z przeciążenia nadmiarem aktywności pozaszkolnych”⁵. Rozpoznanie nie zawsze gwarantuje otrzymanie właściwej pomocy z trzech powodów: braku nowoczesnych standardów postępowania zarówno prawnych, jak i zwyczajowych, co wynika przede wszystkim z nikłej wiedzy społeczeństwa na temat przyczyn i skutków spowodowanych ADHD i ADD, małej dostępności do leczenia wynikłej z limitów stawianych przez kasy chorych, rażącego niedoboru specjalistów mających merytoryczną wiedzę i kwalifikacje potrzebne do prowadzenia tych dzieci i ich rodzin⁶.

Dorośli opiekujący się i wychowujący dziecko z zespołem ADHD powinni być szczególnie wrażliwi na jego potrzeby, aby nie dopuścić do deprywacji i przeciążenia w jego rozwoju i etykietowania w życiu społecznym. W obliczu wyzwań szkolnych i życiowych nie jest to prostym zadaniem, zwykle opiekunowie funkcjonują w atmosferze porażki i wzajemnych oskarżeń. W odniesieniu do problematyki w niniejszej pracy pojawi się próba wsparcia rodziców, nauczycieli oraz specjalistów szkolnych w obszarze pracy z dziećmi i młodzieżą, lecz również na polu pracy nad sobą.

Praca składa się z trzech rozdziałów, a prezentowane analizy treści teoretycznych w poszczególnych rozdziałach powstały na podstawie przykładów badań własnych oraz wielu innych autorów. Rozdział pierwszy dotyczy teoretycznych podstaw rozwoju psychoruchowego dziecka. Chcąc w odpowiedni sposób wpierać i stymulować rozwój dziecka, niezbędna jest wiedza o prawidłowościach i właściwościach poszczególnych etapów rozwojowych. Z kolei wiedza w tym zakresie potrzebna jest do wskazania występujących w nim zakłóceń i zaburzeń rozwojowych. Punktem wyjścia rozważań na temat funkcjonowania dzieci i młodzieży z ADHD w przestrzeni edukacyjnej i społecznej są wyjaśnienia terminologiczne. Dokonano charakterystyki funkcjonowania dzieci i młodzieży z ADHD w różnych obszarach rozwoju. Wyjaśniono terminologię oraz najważniejsze pojęcia związane z zaburzeniami i dysfunkcjami w rozwoju oraz specyfiką syndromu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi. Istotne przy opisywanej problematyce jest pochylenie się nad dylematami diagnostycznymi zaburzenia oraz przyczynami

⁵ H. Hetmańczyk, E. Kawiak, *Diagnozowanie zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z wykorzystaniem testu MOXO*, „Edukacja – Technika – Informatyka” 2018, nr 1 (23), s. 238.

⁶ I. Wielowiejska-Comi, *Postępowanie formalne z dzieckiem chorym na ADHD I ADD*, <http://www.awans.net/strony/adhd/wielowiejska_comi/adhd1.html> [dostęp: 21.06.2021].

jego powstania. Sytuacja dzieci i młodzieży z ADHD jest o tyle skomplikowana, że często współwystępują u nich dodatkowe trudności i zaburzenia. Zatem w tej części publikacji scharakteryzowano psychopedagogiczne modele wybranych zaburzeń, które mogą współwystępować z ADHD.

Niezmiernie ważne i jednocześnie trudne są relacje między dziećmi, młodzieżą z ADHD i rodzicami, rodzeństwem, szkołą oraz rówieśnikami. Trudne dzieciństwo i młodość wyposażają w багаż doświadczeń, z którymi podążają przez całe swoje życie. Głównym celem drugiego rozdziału pracy jest nie tylko charakterystyka funkcjonowania dzieci i młodzieży z ADHD w środowisku rodzinnym i szkolnym, lecz także wskazanie implikacji dla właściwych warunków, postaw i relacji w najbliższym otoczeniu. Osobom z ADHD z powodu wielu trudności i niepowodzeń na różnych płaszczyznach funkcjonowania brakuje stabilnego poczucia własnej osoby oraz motywacji do nauki i realizacji celów. W odniesieniu do problematyki wspierania dzieci i młodzieży na ścieżkach edukacyjnych, społecznych oraz przyszłych zawodowych rozdział trzeci poświęcony jest wszelkim działaniom, jakie otoczenie dziecka może lub/i powinno podjąć w celu optymalizowania jego rozwoju, korygowania zaburzeń, dbałości o prawidłowy rozwój społeczny oraz odkrywania i rozwijania indywidualnych zasobów. Zwrócono uwagę, aby w podejmowanych działaniach skupiać się nie tylko na objawach i ich korygowaniu, lecz również na odkrywaniu potencjału zdolności i możliwości dzieci i młodzieży z ADHD. Mają oni bowiem szansę na prawidłowe funkcjonowanie w społeczeństwie, lecz potrzebują kompleksowej pomocy i współpracy ze strony osób dorosłych. Taka wiedza ma duże znaczenie dla przeciwdziałania mechanizmom stawiania murów i sprzyja budowaniu pomostów w relacjach. Ścisła współpraca między środowiskiem rodzinnym i szkolnym wspomaga efektywność procesu edukacyjnego oraz terapeutycznego, pozwala także złagodzić lub zapobiec negatywnym skutkom zaburzenia na dalszych etapach życia dziecka. Nie istnieje jeden uniwersalny model postępowania z dziećmi dotkniętymi tym syndromem. Jednakże w pracy podjęto próby wskazania zaleceń postępowania dla rodziców oraz nauczycieli uwzględniających potrzeby wszystkich stron.

Każdy sposób radzenia sobie, który okazuje się pomocny w funkcjonowaniu społecznym osoby z ADHD, może zostać włączony do systemu działań związanych z leczeniem zaburzenia. Można wyróżnić kilka grup oddziaływań: edukację, zmianę struktury wewnętrznej (obrazu samego siebie) i struktury zewnętrznej (elementy codziennego życia, sposoby lepszej organizacji i kontroli) oraz zorganizowanie wsparcia z zewnątrz⁷.

Pamiętając o tym, jak ważnym miejscem dla dzieci i młodzieży jest szkoła oraz jak wiele działań wspierających ich funkcjonowanie można podjąć na jej terenie, w niniejszej pracy zaprezentowano cele i efekty projektu edukacyjnego, który uwzględniał w swoich założeniach dbałość o przyszłe funkcjonowanie dzie-

⁷ K. Karteczka, dz. cyt., s. 124–125.

ci i młodzieży w obszarze wyborów edukacyjnych i zawodowych. Rozdział trzeci zamykają rozważania na temat medycznych i specjalistycznych, terapeutycznych strategii pomocy dzieciom i młodzieży, mających uzasadnienie w wielu badaniach naukowych. Znaczna część dzieci i młodzieży dotknięta tym syndromem pozostaje pod stałą opieką specjalistyczną. Coraz częściej zdarza się, że podjęcie działań psychoterapeutycznych nie wystarczy i wymagane jest leczenie farmakologiczne.

Psychostymulanty to w przypadku dzieci najczęściej stosowane leki psychiatryczne, szczególnie gdy nieuważne, nadaktywne lub impulsywne zachowania są tak intensywne, że wywołują problemy w zakresie funkcjonowania szkolnego i społecznego. Oszacowano, że w związku z trudnościami z zachowaniem psychostymulanty przyjmuje rocznie 1–2% populacji w wieku szkolnym. Na ogół większość tych dzieci jest w wieku 5–12 lat⁸.

Leczenie farmakologiczne powinno być poprzedzone wielokierunkowymi oddziaływaniami nefarmakologicznymi, takimi jak terapia indywidualna, psychoedukacja dokonująca zmian w sferze poznawczej oraz w umiejętnościach jednostki, psychoterapia dokonująca korekt i zmian w sferze osobowości oraz działania psychospołeczne obejmujące swoim zasięgiem zarówno dziecko, jak i jego najbliższe otoczenie.

Końcowa część pracy składa się z bibliografii oraz załączników. Pracę zamyka spis tabel oraz schematów. Streszczenie wstępu w języku angielskim zamyka niniejsze opracowanie.

Pragnę wyrazić swoją wdzięczność wspomniałym osobom, które spotkałam na mojej drodze naukowej i dzięki którym powstała ta książka. Dla mnie jako adiunkta w Zakładzie Dydaktyki Ogólnej, jako dydaktyka oraz praktykującego pedagoga szkolnego bliska jest edukacyjna płaszczyzna funkcjonowania dzieci i młodzieży ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi.

Niniejsza książka powstała w znacznej części na podstawie dysertacji doktorskiej, przygotowanej pod kierunkiem Pana prof. dr. hab. Eugeniusza Piotrowskiego, któremu serdecznie dziękuję za inspiracje badawcze oraz niezwykle wsparcie w zakresie mojego rozwoju zawodowego oraz osobistego. Z wyrazami szacunku i uznania kieruję serdeczne podziękowania do Pani prof. zw. dr hab. Agnieszki Cybał-Michalskiej za umożliwienie publikacji oraz Panu prof. dr. hab. Andrzejowi Ćwiklińskiemu za profesjonalne i przyjazne przywództwo oraz niezwykle wsparcie. Ostateczny kształt publikacji powstał dzięki istotnym wskazówkom i spostrzeżeniom recenzentek: Pani prof. UwB dr hab. Anny Karpińskiej oraz Pani prof. dr hab. Ewy Borowiec, do których kieruję serdeczne podziękowania.

⁸ R.A. Barkley, *ADHD...*, s. 420.