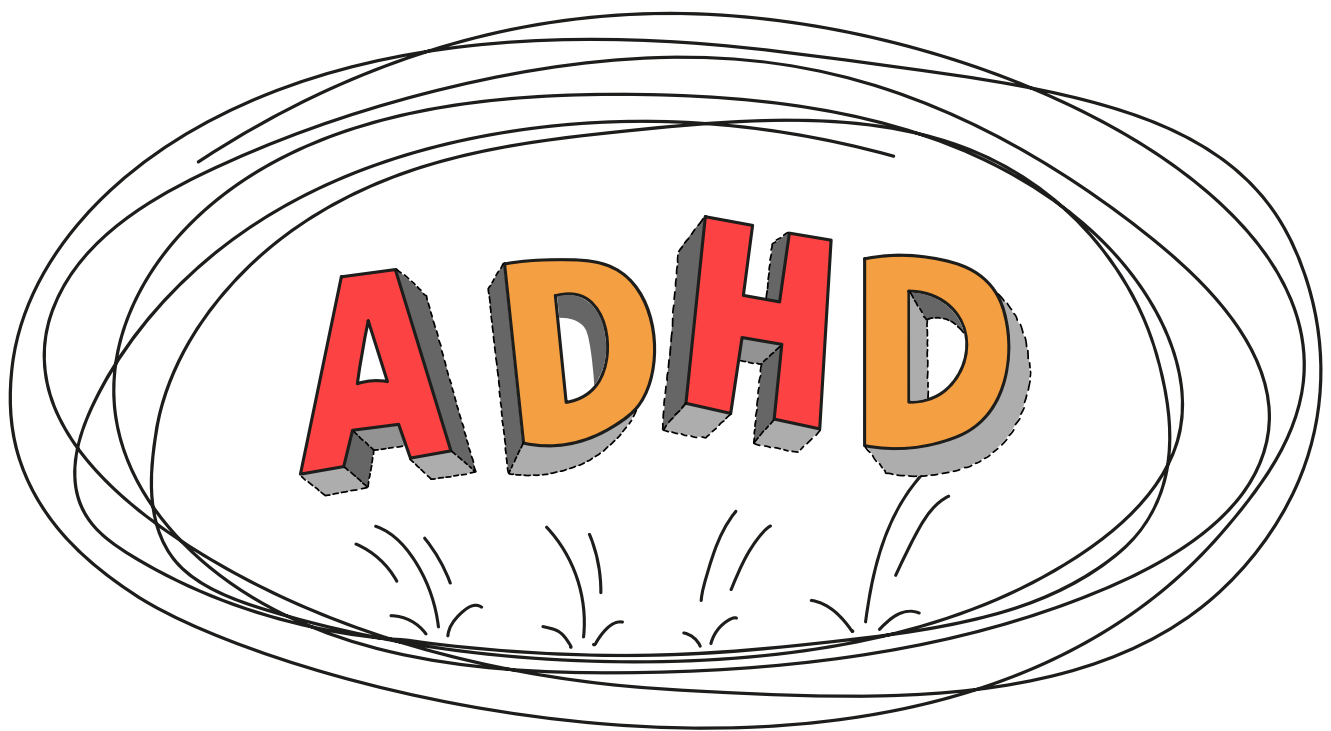


Agnieszka Słopeń, Tomasz Wolańczyk, Marta Jerzak,
Magdalena Wydra, Barbara Olszewska,
Agnieszka Rosa, Sylwia Kowalska

Uczniowie z ADHD w klasie

Poradnik dla nauczycieli



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



INSTYTUT BADAŃ
EDUKACYJNYCH
Państwowy Instytut Badawczy

Autorzy: Agnieszka Słopeń, Tomasz Wolańczyk, Marta Jerzak, Magdalena Wydra,
Barbara Olszewska, Agnieszka Rosa, Sylwia Kowalska

Redakcja językowa: Michał Pranke

Ilustracje: Zuzanna Gułaj

Skład i łamanie: Wojciech Maciejczyk

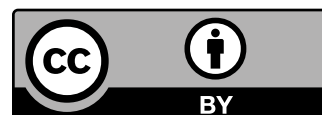
Wydawca:

Instytut Badań Edukacyjnych – Państwowy Instytut Badawczy
ul. Górczewska 8, 01-180 Warszawa
tel. (22) 241 71 00; www.ibe.edu.pl



INSTYTUT BADAŃ
EDUKACYJNYCH
Państwowy Instytut Badawczy

Publikacja dostępna na licencji Creative Commons
Uznanie Autorstwa 4.0.



Warszawa 2025

ISBN: 978-83-68313-81-9

DOI: 10.24131/9788368313819

Wzór cytowania:

Słopeń, A., Wolańczyk, T., Jerzak, M., Wydra, M., Olszewska, B., Rosa, A., Kowalska, S. (2025).
Uczniowie z ADHD w klasie. Poradnik dla nauczycieli. Instytut Badań Edukacyjnych – Państwowy
Instytut Badawczy.

Opracowanie powstało w ramach projektu „Wspieranie dostępności edukacji dla
dzieci i młodzieży” finansowanego z Funduszy Europejskich dla Rozwoju Społecznego
(FERS.01.06-IP.05-0002/23).

Egzemplarz bezpłatny

Spis treści

Wprowadzenie	5
---------------------------	---

Rozdział I

ADHD terminologia i klasyfikacja – ujęcie medyczne	6
1.1. Terminologia ADHD – historia	6
1.2. Aktualne klasyfikacje medyczne	8
1.3. Epidemiologia	18
1.4. Etiologia	19
1.4.1. Czynniki genetyczne i środowiskowe	19
1.4.2. Koncepcje neuropsychologiczne	21
1.5. Przebieg, powikłania, zaburzenia współwystępujące i rokowanie	22
Literatura	29

Rozdział II

Postępowanie z dzieckiem z ADHD w odniesieniu do polskich standardów	35
2.1. System opieki nad dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami psychicznymi	35
2.2. Standardy opieki	38
2.3. Zasady postępowania terapeutycznego	39
2.4. Diagnoza ADHD	40
2.5. Oddziaływania psychospołeczne	42
2.6. Leczenie farmakologiczne	43
Literatura	46

Rozdział III

Uczeń z ADHD w zespole zróżnicowanym – strategie pracy nauczycieli

przedmiotów	49
3.1. ADHD a niepożądane zachowania	50
3.2. Strategie postępowania w przypadku występowania trudności w zakresie koncentracji uwagi	55
3.3. Strategie postępowania w przypadku występowania nadpobudliwości	65
3.4. Strategie postępowania w przypadku występowania impulsywności	67
3.5. Pracy nad samooceną dziecka z ADHD	70
Literatura	75

Rozdział IV

Droga do sukcesu – wskazówki dla nauczycieli pracujących z dziećmi z ADHD	77
4.1. Budowanie relacji	77
4.2. Planowanie przestrzeni dziecka	79
4.3. System zasad	81
4.4. Zmniejszanie ilości materiału	82
4.5. Komunikacja i polecenia	83
4.6. Organizacja lekcji	84
4.7. Systemy motywacyjne	92
4.8. Uczenie umiejętności	97
4.9. Proaktywne strategie radzenia sobie z zachowaniami trudnymi	104
4.10. Współpraca ze środowiskiem domowym	105
Literatura	108

Rozdział V

ADHD oczami rodzica	109
5.1. Rozmowa z panią Agnieszką Rosą	109
5.2. Rozmowa z panią Sylwią Kowalską	117

Zakończenie	126
--------------------	-----

O autorach	127
-------------------	-----

Wprowadzenie

Droga Nauczycielko, Drogi Nauczycielu,

poradnik, który oddajemy w Państwa ręce, to praktyczne i merytoryczne źródło wiedzy, powstałe z myślą o Waszej codziennej pracy w szkole, przygotowane dla osób pragnących zasięgnąć porady na temat pracy z dzieckiem z nadpobudliwością psychoruchową.

ADHD (od ang. *attention deficit hyperactivity disorder*) to zaburzenie rozwojowe kojarzone z chaosem, nieuporządkowaniem, szybkością. Budzi ono wiele kontrowersji i niepokoju wśród nauczycieli, rówieśników, ale także rodziców i opiekunów. To jedno z zaburzeń, którego nie sposób nie zauważyć ze względu na charakterystyczne objawy – impulsywność, deficyt uwagi, nadruchliwość.

Kontakt z uczniami z ADHD wymaga nie tylko cierpliwości i empatii, ale też solidnej wiedzy na temat tego złożonego zaburzenia. Poradnik stanowi wsparcie dla nauczycieli, którzy chcą lepiej rozumieć potrzeby swoich podopiecznych, dostosować metody pracy i efektywnie wspierać ich rozwój edukacyjny i społeczny.

W kolejnych rozdziałach znajdziecie Państwo kompleksowe informacje na temat ADHD: od podstawowej terminologii i aktualnych klasyfikacji medycznych, poprzez przyczyny i przebieg zaburzenia, aż po szczegółowe rekomendacje dotyczące diagnozy i leczenia. Znajdziecie tu także praktyczne wskazówki dotyczące strategii pracy z uczniami z ADHD, obejmujące zarządzanie trudnościami w koncentracji, nadpobudliwością, impulsywnością oraz budowanie ich samooceny.

Coraz wyraźniej obecna w debacie społecznej perspektywa neuróżnorodności pozwala wydobyć potencjał uczniów z ADHD i spojrzeć na nich jako na osoby funkcjonujące nieco inaczej, z szacunkiem dla ich zdolności, zainteresowań i talentów. Podejście to sprzyja budowaniu środowiska szkolnego, które docenia różnorodność i stwarza warunki do pełnego rozwoju każdego dziecka. Dzięki temu nauczyciele mogą nie tylko lepiej wspierać uczniów z ADHD, ale też inspirować ich do wykorzystywania swoich mocnych stron w nauce i życiu społecznym. Akceptacja i zrozumienie różnic stają się kluczem do skutecznej edukacji, wyzwalającej kreatywność i motywację.

Dzięki lekturze poradnika zyskacie narzędzia, które pomogą Wam w codziennej pracy z uczniami z ADHD – nie tylko poprawiając ich funkcjonowanie w szkole, ale również wspierając ich rozwój emocjonalny i społeczny. Zachęcamy do zapoznania się z opracowaniem i wdrażania zawartych w nim rekomendacji, które mogą znacząco wpłynąć na jakość edukacji i komfort uczniów oraz całej społeczności szkolnej.

Rozdział I

ADHD terminologia i klasyfikacja – ujęcie medyczne

1.1. Terminologia ADHD – historia

Charakterystyczne dla zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi objawy nadruchliwości, impulsywności oraz trudności w koncentracji uwagi pojawiały się w opisach pacjentów już w XVIII wieku.

Przykładem może być praca szkockiego lekarza Alexandra Crichtona z 1798 roku pt. *An inquiry into the nature and origin of mental derangement: Comprehending a concise system of the physiology and pathology of the human mind and a history of the passions and the effects*. Wyróżnił w niej dwa typy zaburzeń uwagi: nieuwagę lub osłabienie siły uwagi (ang. *inattention*) oraz „niezdolność utrzymania uwagi na jednym przedmiocie z wymaganą stałością”. Według autora pierwsza z nich była patologiczną niezdolnością „wzbudzenia” uwagi i wynikała z „wyczerpującej drażliwości” nerwów, na którą może wpływać stan fizyczny organizmu, w tym choroby, dieta, a także niewystarczające lub nadmierne wykorzystanie zdolności. Drugi z wskazanych typów zaburzeń uwagi był według autora spowodowany nienaturalną, wrodzoną lub chorobową „wrażliwością” nerwów. W swojej pracy opisał małych pacjentów z zaobserwowanymi przez siebie deficytami uwagi, a zaburzenie nazwał „niepokojem psychicznym” (ang. *mental restlessness*). Opisane dzieci często „wierciły się”, nie koncentrowały się w szkole. Crichton był zdania, że najlepsze będą dla nich specjalne interwencje edukacyjne.

Wielu autorów za pierwszego badacza opisującego zespół nadruchliwości z deficytem uwagi (ang. *attention deficit hyperactivity disorder* – ADHD) uznaje jednak nie Crichtona, lecz angielskiego pediatrę George’a Stilla. W 1902 roku opublikował on serię wykładów, w których opisał grupę 43 dzieci z istotnymi problemami w utrzymaniu uwagi, nadruchliwością, zachowaniami agresywnymi, buntowniczymi, porywcznością, nieprzestrzegających ustalonych reguł, nadmiernie emocjonalnych, niekiedy złośliwych, łatwo ulegających wypadkom i wykazujących małą potrzebę zmiany swojego zachowania. Still zauważył, że pierwsze trudności w zachowaniu pojawiają się u dzieci przed 8 r.ż. i częściej występują u chłopców w porównaniu z dziewczynkami (3:1). Autor uważał, że kluczowa dla tych zachowań może być potrzeba natychmiastowej gratyfikacji, a także że opisywane dzieci

wykazują „defekt moralnej kontroli” (ang. *defect in moral control*) swojego zachowania, czyli brak „kontroli działania w zgodności z pomysłem dobrym dla wszystkich”. Wiązało się to nie tylko z niepowstrzymaniem się przed zachowaniem, ale również z nieprzewidywaniem konsekwencji własnych działań. Autor wysunął hipotezę, że tendencja do „defektu moralności” wynika z podłoża biologicznego, „modyfikacji komórek nerwowych” (ich uszkodzenia w przebiegu różnych chorób) lub dziedziczenia. Still swoje przypuszczenia opierał na obserwacji najbliższych pacjentów, u których często występowały zaburzenia afektywne, nadużywanie alkoholu, próby samobójcze, padaczka oraz „moralna degeneracja”.

Na przestrzeni lat zmieniały się zarówno kryteria diagnostyczne, jak i nazewnictwo opisywanego zaburzenia. W latach 70. ubiegłego wieku zwracano uwagę na objawy potwierdzonej obiektywnie nadmiernej aktywności dziecka. Proponowano różne nazewnictwo, w tym „zespół nadaktywności” (ang. *hyperactivity syndrome*) lub „nadruchliwości” (ang. *hyperkinetic syndrome*) oraz „zespół nadaktywności dziecięcej” (ang. *hyperactive child syndrome*). Zgodnie z poglądem, który przetrwał do lat 80. XX wieku, objawy stwierdzane w okresie dzieciństwa znacznie zmniejszają się lub zanikają przed okresem dorostania. W drugiej edycji klasyfikacji DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-II, 1968) pojawiła się definicja „reakcji hiperkinetycznej w dzieciństwie” (ang. *hyperkinetic reaction of childhood*), w przypadku której rekomendowanym leczeniem były krótkoterminowa terapia lekami psychostymulującymi, psychoterapia oraz oddziaływania na terenie szkoły. W latach 70. ubiegłego wieku część badaczy zaczęła rozszerzać definicję zespołu nadaktywności, włączając do jego charakterystyki objawy uważane wcześniej za dodatkowe – problemy z koncentracją uwagi, podatność na dystraktory, trudności w nauce oraz relacjach interpersonalnych, niską tolerancję frustracji, impulsywność oraz skłonność do zachowań agresywnych. Istotnie wzrosła liczba badań podkreślających kluczową rolę zaburzeń uwagi w obrazie ADHD u dzieci. Zauważono, że nie wszystkie dzieci z nadruchliwością łatwo się rozpraszają, a problemy w utrzymaniu uwagi mogą pojawiać się nawet w przypadku braku znaczących dystraktorów. Uważano, że brak koncentracji, nieuwaga oraz „śnienie na jawie” (ang. *daydreaming*) są ściśle związane z impulsywnością, którą jako kategorię podzielono na trzy podtypy: werbalną, poznawczą oraz motoryczną. Virginia Douglas (1972) uważała, że pojawiające się w ADHD trudności mogą zostać wyjaśnione poprzez deficyty: organizacji i utrzymywania uwagi lub wysiłku umysłowego, hamowania odpowiedzi impulsywnych, modulacji poziomów wzbudzenia w zależności od wymagań sytuacyjnych, a także intensywne tendencje do szukania natychmiastowej gratyfikacji. Pod koniec lat 70. ubiegłego wieku zaczęto coraz częściej podkreślać, że chociaż nadmierna aktywność dzieci znacznie zmniejsza się do okresu dorostania, to jednak problemy z koncentracją uwagi oraz kontrolą impulsywności pozostają.

Odmienność poglądów dotyczących objawów zespołu nadruchliwości u dzieci w Stanach Zjednoczonych oraz w Europie przez długi czas miała swoje odzwierciedlenie w oficjalnych klasyfikacjach. W ślad za prowadzonymi badaniami w 1980 roku, w III edycji DSM, pojawiła się nowa nazwa oraz definicja „zespołu deficytu uwagi” (ang. *attention deficit disorder* – ADD) z nadruchliwością lub bez nadruchliwości. Natomiast w europejskiej klasyfikacji ICD-9 (International Classification of Diseases, 1978) nadruchliwość nadal pozostawała kluczowym objawem zaburzenia. Ponieważ prowadzone w Stanach Zjednoczonych badania nad poszczególnymi podtypami zespołu przyniosły rozbieżne wyniki, w III rewizji edycji DSM (DSM-III-R, 1987) przedstawiono kryteria tylko dla ADD z nadruchliwością. W celu objęcia nazewnictwem wszystkich włączonych w definicję zespołu objawów nazwę ADD zamieniono na ADHD (zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi – ang. *attention deficit hyperactivity disorder*). W kryteriach diagnostycznych wyróżniono trzy oddzielne obszary objawów, a mianowicie zaburzenia uwagi, nadruchliwość i impulsywność, jak również ustalono punkt odcięcia konieczny do postawienia rozpoznania. Uznano też, że pierwsze objawy powinny być widoczne przed 7 r.ż. i trwać przynajmniej 6 miesięcy. W tym czasie ADHD znajdowało się w jednej kategorii diagnostycznej z zaburzeniami opozycyjno-buntowniczymi i zaburzeniami zachowania (ang. *disruptive behavior disorders*).

Kolejne badania wpłynęły na pojawienie się zmian w IV edycji klasyfikacji DSM (DSM-IV, 1994), w której przyjęto dwa oddzielne wymiary objawów ADHD: nieuwagi oraz nadruchliwości/impulsywności. Jednocześnie wyróżniono trzy podtypy zaburzenia: z przewagą zaburzeń koncentracji uwagi, z przewagą nadruchliwości i impulsywności oraz podtyp mieszany. Według autorów klasyfikacji wyróżnione wymiary zespołu są związane m.in. z odmiennym przebiegiem ADHD, innymi zaburzeniami towarzyszącymi oraz różnicami płciowymi w ich występowaniu. W przeciwieństwie do poprzednich rewizji w klasyfikacji ICD-10 wydanej w 1993 roku zaczynają być widoczne podobieństwa do DSM-IV w opisie objawów kryterialnych ADHD. Jednak nadal nie uwzględniono możliwości rozpoznawania podtypów zaburzenia, wyróżniono trzy wymiary objawów, a ich liczba potrzebna do rozpoznania była odmienna w porównaniu z DSM-IV. W obu klasyfikacjach objawy musiały być widoczne przed 7 r.ż. W ICD-10 wyróżniono zaburzenia hiperkinetyczne, w których znalazły się m.in. zaburzenia aktywności i uwagi oraz hiperkinetyczne zaburzenia zachowania.

1.2. Aktualne klasyfikacje medyczne

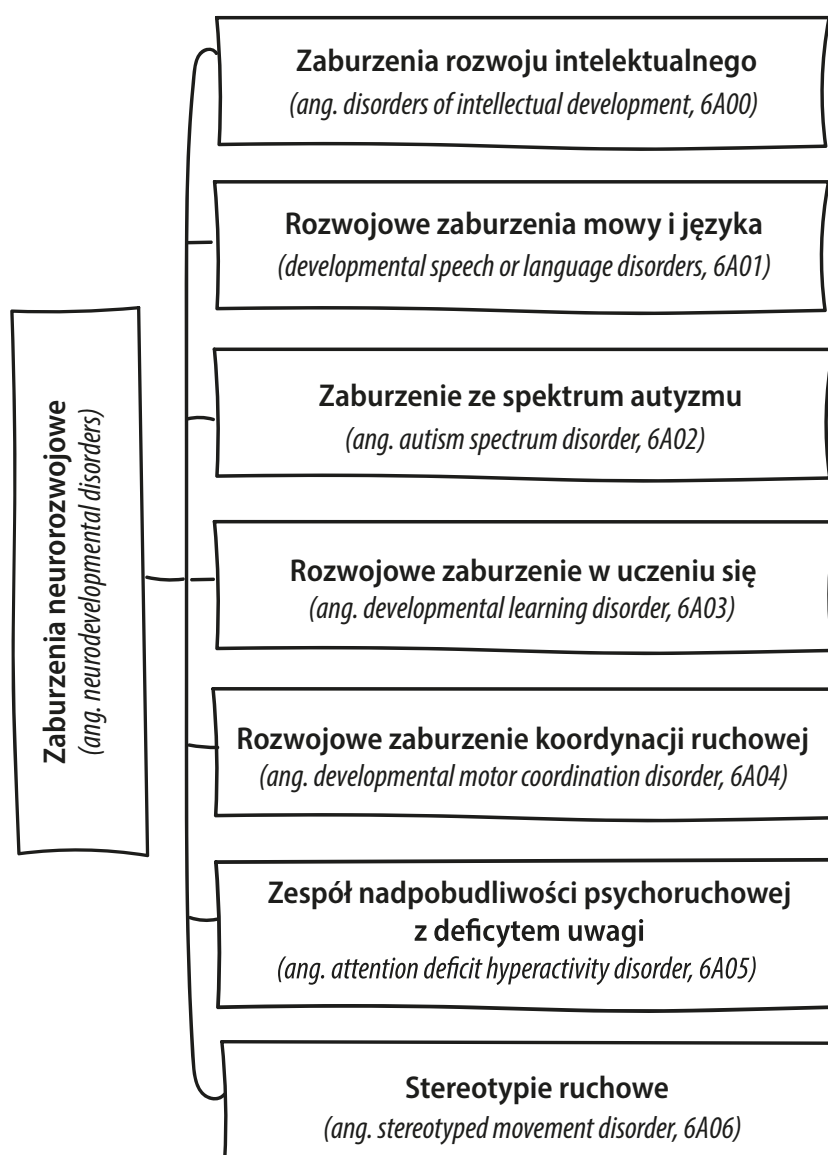
Aktualnie obowiązującymi klasyfikacjami, na podstawie których rozpoznajemy ADHD, są 5 rewizja klasyfikacji DSM (DSM-5, 2013) oraz 11 edycja klasyfikacji ICD (ICD-11, 2022).

Przyglądając się zmianom w obu klasyfikacjach na przestrzeni lat, można stwierdzić, że obecnie są one najbardziej zbliżone do siebie pod względem nazewnictwa, wymiarów zaburzenia, możliwości wyróżnienia dominującej prezentacji objawów, a także możliwości rozpoznawania ADHD u młodzieży oraz osób dorosłych.

Kryteria diagnostyczne ICD-11

Rysunek 1

Pozycja ADHD w klasyfikacji ICD-11



Źródło: oprac. aut.

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ang. *attention deficit hyperactivity disorder* – ADHD) charakteryzuje się utrzymującym się co najmniej 6 miesięcy wzorcem nieuwagi

i/lub nadpobudliwością/impulsywnością. W momencie stawiania diagnozy istnieją dowody na występowanie przed 12 r.ż. znacznych trudności w obszarze kryterialnych objawów ADHD, zazwyczaj we wczesnym lub średnim dzieciństwie, chociaż w przypadku niektórych osób objawy kliniczne mogą być po raz pierwszy zauważone później. Istotne jest również stwierdzenie, że obserwowany u pacjenta stopień nieuwagi oraz nadpobudliwości i impulsywności wykracza poza granice normalnej zmienności oczekiwanej dla wieku oraz poziomu funkcjonowania intelektualnego, a objawy wpływają bezpośrednio negatywnie na jego funkcjonowanie edukacyjne, zawodowe lub społeczne.

Autorzy klasyfikacji ICD-11 podają, że nieuwaga oznacza znaczną trudność w utrzymaniu uwagi na zadaniach niezapewniających wysokiego poziomu stymulacji lub częstych nagród, rozproszenie uwagi i problemy z organizacją. Z kolei nadpobudliwość odnosi się do nadmiernej aktywności ruchowej i trudności z pozostawaniem w bezruchu, które są najbardziej widoczne w sytuacjach zorganizowanych wymagających samokontroli behawioralnej. Natomiast impulsywność to tendencja do działania w odpowiedzi na bezpośrednie bodźce, bez namysłu i rozważenia ryzyka oraz konsekwencji. Specyficzne przejawy trudności w opisywanych obszarach różnią się u poszczególnych osób i mogą zmieniać się w trakcie rozwoju.

1. Nieuwaga

Kilka objawów z omawianego obszaru, które są trwałe i na tyle poważne, że mają bezpośredni negatywny wpływ na funkcjonowanie edukacyjne, zawodowe lub społeczne.

Objawy zazwyczaj należą do następujących grup:

- Trudności w utrzymaniu uwagi na zadaniach, które nie zapewniają wysokiego poziomu stymulacji lub nagrody lub wymagają długotrwałego wysiłku umysłowego; brak dbałości o szczegóły; popełnianie nieostrożnych błędów w zadaniach szkolnych lub zawodowych; niewykonywanie zadań.
- Łatwe rozpraszenie się pod wpływem zewnętrznych bodźców lub myśli niezwiązanych z wykonywanym zadaniem; często wydaje się, że pacjent nie słucha, gdy się do niego mówi bezpośrednio; często sprawia wrażenie, jakby śnił na jawie lub był myślami gdzie indziej.
- Pacjent gubi rzeczy; jest zapominalski w codziennych czynnościach; ma trudności z zapamiętaniem o konieczności wykonania nadchodzących codziennych zadań lub czynności; ma trudności w planowaniu, zarządzaniu i organizowaniu pracy szkolnej, zadań i innych zajęć.

Brak uwagi może nie być widoczny, gdy dana osoba jest zaangażowana w czynności zapewniające intensywną stymulację i częste nagrody.

2. Nadpobudliwość/impulsywność

Kilka objawów, które są trwałe i na tyle poważne, że mają bezpośredni negatywny wpływ na funkcjonowanie edukacyjne, zawodowe lub społeczne.

Są one najbardziej widoczne w sytuacjach zorganizowanych, które wymagają samokontroli behawioralnej.

Objawy zazwyczaj należą do następujących grup:

- Nadmierna aktywność ruchowa; pacjent opuszcza miejsce, gdy oczekuje się od niego, że usiądzie spokojnie; często biega; ma trudności z siedzeniem bez wiercenia się (młodsze dzieci); uczucie niepokoju fizycznego, uczucie dyskomfortu związane z ciszą lub nieruchomym siedzeniem (młodzież i dorośli).
- Trudności w spokojnym wykonywaniu czynności; mówi za dużo.
- W szkole niepytany udziela odpowiedzi, komentuje w pracy; ma trudności w oczekiwaniu na swoją kolej w rozmowie, grach lub zajęciach; przerywa lub przeszkadza innym w rozmowach lub grach.

Tendencja do działania w odpowiedzi na bezpośrednie bodźce rozważenia ryzyka i konsekwencji (np. angażowanie się w zachowania, które mogą spowodować obrażenia fizyczne, impulsywne decyzje, lekkomyślna jazda).

Objawy muszą być widoczne w wielu sytuacjach lub miejscach (np. w domu, szkole, pracy, z przyjaciółmi lub rodziną), jednak ich nasilenie może różnić się w zależności od struktury i wymagań otoczenia.

Objawy nie są lepiej wyjaśnione przez inne zaburzenie psychiczne (np. zaburzenie lękowe, zaburzenie neuropoznawcze, takie jak majaczenie).

Objawy nie są spowodowane działaniem substancji (np. kokainy) lub leków (np. rozszerzających oskrzela) wpływających na ośrodkowy układ nerwowy i nie są spowodowane chorobą układu nerwowego.

Według autorów klasyfikacji ICD-11 charakterystykę aktualnego obrazu klinicznego pacjenta należy dodatkowo opisać za pomocą jednego z wymienionych poniżej specyfikatorów. Z jednej

strony mają one pomóc w zobrazowaniu bieżących trudności pacjenta, a z drugiej w określeniu jego potrzeb.

- 6A05.0. Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi, prezentacja z przewagą nieuwagi – wszystkie wymagania diagnostyczne dla ADHD są spełnione i dominują objawy nieuwagi.
- 6A05.1. Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi, postać głównie z objawami nadpobudliwości i impulsywności. Wszystkie wymagania diagnostyczne dla ADHD są spełnione i przeważają objawy nadpobudliwości/impulsywności.
- 6A05.2. Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi, postać mieszana. Wszystkie wymagania diagnostyczne dla ADHD są spełnione, przy czym żadne z objawów nie są wyraźnie dominujące.

Zarówno doniesienia naukowe, jak i obserwacje kliniczne wskazują na zmieniające się wraz z wiekiem objawy pacjenta. Dlatego autorzy klasyfikacji mówią raczej o prezentacji objawów w momencie stawiania diagnozy, a nie o podtypie zaburzenia, który sugerowałby niezmiennosc objawów w czasie.

Objawy ADHD są widoczne zazwyczaj we wczesnym lub średnim dzieciństwie. W wielu przypadkach nadpobudliwość dominuje w wieku przedszkolnym i zmniejsza się wraz z wiekiem, przez co nie jest ona już tak wyraźna po okresie dojrzewania. Zamiast tego pacjenci mogą zgłaszać uczucie napięcia i niepokoju fizycznego. Natomiast problemy w koncentracji uwagi mogą być zauważane w późniejszym dzieciństwie, zwłaszcza u dzieci i młodzieży w szkole, a u osób dorosłych w pracy.

Cechy i wymagania środowiska mogą wpływać na widoczność i nasilenie objawów ADHD. Z tego względu w ramach oceny klinicznej należy uzyskać informacje o objawach i zachowaniu pacjenta z różnych środowisk (m.in. szkoły, domu rodzinnego).

Niektóre osoby mogą po raz pierwszy zgłosić się na diagnozę ADHD w wieku dorosłym. W tym przypadku, za zgodą pacjenta, dodatkowe informacje można uzyskiwać od osoby jemu bliskiej, członka jego rodziny lub współpracownika. W czasie prowadzenia procesu diagnostycznego ważne jest również potwierdzenie obecności nieuwagi, nadpobudliwości lub impulsywności przed 12 r.ż. Najlepiej ustalić je na podstawie danych szkolnych lub od informatorów znających daną osobę w dzieciństwie. Brak takich informacji zmusza do zachowania ostrożności podczas diagnozowania ADHD u starszej młodzieży i dorosłych.

U części osób z ADHD, zwłaszcza u dzieci, obserwuje się wyłącznie nieuwagę. W takich sytuacjach pacjenci „śnią na jawie”, błędzą myślami i mają trudności w skupieniu się. Obecność

objawów często zależy od środowiska, w którym znajduje się pacjent (np. ilości intensywnych interesujących bodźców). Natomiast objawy mieszane ADHD zazwyczaj są widoczne w większości sytuacji, z którymi spotyka się dana osoba. Tym samym są one łatwiejsze do potwierdzenia w obserwacji klinicysty.

Badania wskazują, że prawie połowa wszystkich dzieci z ADHD będzie wykazywać objawy aż do okresu dojrzewania. Do czynników predykcyjnych utrzymywania się objawów w okresie dojrzewania i dorosłości zaliczono: współwystępujące w dzieciństwie zaburzenia psychiczne, zaburzenia zachowania lub zaburzenia neurorozwojowe, gorsze funkcjonowanie intelektualne i społeczne, a także problemy behawioralne.

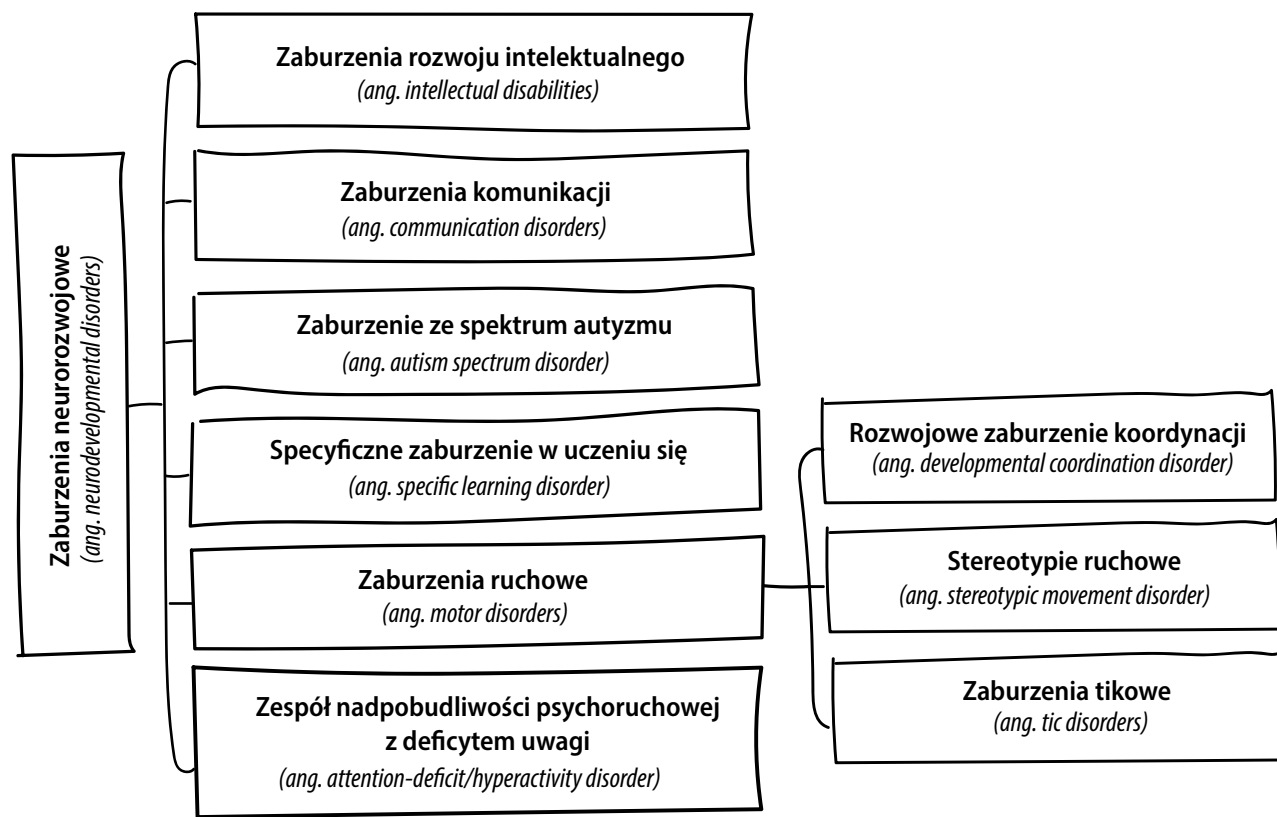
Chociaż objawy nadpobudliwości stają się mniej widoczne w okresie dojrzewania i w wieku dorosłym, poszczególne osoby mogą nadal doświadczać trudności związanych z brakiem uwagi, impulsywnością i niepokojem. Ocena nadpobudliwości powinna uwzględniać normy kulturowe dotyczące wieku i zachowań adekwatnych do płci. Należy również pamiętać, że objawy nieuwagi lub nadpobudliwości/impulsywności mogą wystąpić w odpowiedzi na traumatyczne wydarzenia i reakcje żałoby w dzieciństwie.

Kryteria diagnostyczne DSM-5

Klasyfikacja DSM-5, opublikowana w 2013 roku, umieszcza zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi w grupie zaburzeń neurorozwojowych i podobnie jak klasyfikacja ICD-11 wyróżnia dwa obszary trudności osób z ADHD.

Rysunek 2

Pozycja ADHD w klasyfikacji DSM-5



Źródło: oprac. aut.

U osoby badanej występuje trwały wzór zaburzeń uwagi i/lub nadpobudliwości/impulsywności, który zakłóca funkcjonowanie i rozwój, a charakteryzuje się 1 i/lub 2:

1. Nieuwaga

6 (lub więcej) z następujących objawów musi się utrzymywać przez co najmniej 6 miesięcy w stopniu, który jest niezgodny z poziomem rozwoju oraz bezpośrednio negatywnie wpływa na życie społeczne i szkolne/zawodowe.

W przypadku starszych nastolatków i dorosłych (w wieku 17 lat i starszych), wymagane jest co najmniej pięć objawów.

- Osoba badana nie jest w stanie skoncentrować się na szczegółach podczas zajęć szkolnych, pracy lub w czasie wykonywania innych czynności (np. omija lub gubi dane, praca jest niedokładna).
- Ma trudności z utrzymaniem uwagi na zadaniach i grach (np. ma trudności z koncentracją na wykładzie, rozmowie lub długim czytaniu).

- Często wydaje się, że nie słucha tego, co się do niego mówi (np. nawet w przypadku braku jakichkolwiek widocznych rozpraszających bodźców).
- Nie jest w stanie wykonać następujących po sobie instrukcji lub skończyć wykonywanej pracy lub innych obowiązków (np. zaczyna zadanie, ale szybko traci koncentrację i zmienia aktywność).
- Często ma trudności ze zorganizowaniem sobie pracy lub innych zajęć (np. trudności w zarządzaniu kilkoma zadaniami; trudności w utrzymaniu rzeczy w porządku; bałagan, chaotyczna praca; słabe zarządzanie czasem, niedotrzymywanie terminów).
- Często unika, nie lubi lub nie chce angażować się w zadania, które wymagają dłuższego wysiłku umysłowego (np. nauka szkolna lub odrabianie prac domowych; u nastolatków i osób starszych sporządzanie raportów, wypełnianie formularzy, przeglądanie długich dokumentów).
- Często gubi rzeczy niezbędne do pracy lub innych zajęć (np. przybory szkolne, ołówki, książki, narzędzia, portfel, klucze, dokumenty, okulary, telefony komórkowe).
- Często łatwo rozprasza się pod wpływem zewnętrznych bodźców (u starszych nastolatków i dorosłych mogą występować niepowiązane myśli).
- Często zapomina o różnych codziennych sprawach (np. o robieniu porządków, robieniu zakupów; u starszych nastolatków i dorosłych zapominanie o oddzwonieniu, zapłaceniu rachunków, spotkaniu).

2. Nadruchliwość i Impulsywność

6 (lub więcej) z następujących objawów musi się utrzymywać przez co najmniej 6 miesięcy w stopniu, który jest niezgodny z poziomem rozwoju oraz bezpośrednio negatywnie wpływa na życie społeczne i szkolne/zawodowe.

Nadruchliwość

- Ma często nerwowe ruchy rąk lub stóp bądź nie jest w stanie usiedzieć w miejscu.
- Wstaje z miejsca w sytuacjach wymagających spokojnego siedzenia (np. opuszcza swoje miejsce w klasie, biurze lub innym miejscu pracy bądź w innych sytuacjach wymagających pozostawania na miejscu).
- Chodzi po pomieszczeniu lub wspina się na meble w sytuacjach, gdy jest to zachowanie niewłaściwe (uwaga: u młodzieży i dorosłych może być odczuwanie niepokoju).
- Często ma trudności ze spokojnym bawieniem się lub odpoczywaniem.

- Często jest w ruchu; „biega jak nakręcony” (np. nie jest w stanie lub czuje się nieswojo, będąc dłużej w restauracji, na spotkaniu itd.; przez innych może być postrzegany jako niespokojny i trudno za nim nadążyć).
- Często jest nadmiernie gadatliwy.

Impulsywność

- Wrywa się z odpowiedzią, zanim pytanie zostanie do końca sformułowane (np. kończy zdanie za innych, nie potrafi poczekać na swoją kolej w rozmowie).
- Często ma kłopoty z zaczekaniem na swoją kolej (np. podczas oczekiwania w kolejce).
- Często przerywa lub przeszkadza innym (np. wtrąca się do rozmowy lub zabawy; rozpoczyna korzystanie z cudzych rzeczy bez pytania lub pozwolenia; młodzież i dorośli mogą ingerować lub przejmować to, co robią inni).

Kilka objawów nieuwagi lub nadpobudliwości, impulsywności było obecnych przed 12 r.ż.

Kilka objawów nieuwagi lub nadpobudliwości, impulsywności występuje w 2 lub więcej sytuacjach (np. w domu, w szkole lub pracy, z przyjaciółmi lub krewnymi, w innych obszarach działania).

Istnieją wyraźne dowody, że objawy zakłócają lub obniżają jakość funkcjonowania społecznego, szkolnego lub zawodowego.

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

Podobnie jak w klasyfikacji ICD-11 w klasyfikacji DSM-5 wyróżniono 3 prezentacje objawów: mieszaną, z przewagą zaburzeń uwagi oraz przewagą nadpobudliwości/impulsywności (H/I). Dodatkowo uznano natomiast, że dla osób od 17 r.ż. liczba objawów koniecznych do rozpoznania może być mniejsza niż w młodszej grupie wiekowej. Dlatego autorzy DSM-5 wyróżnili:

- ADHD – prezentacja objawów mieszana: min. 5 objawów zaburzeń uwagi; 5 objawów H/I;
- ADHD – prezentacja z przewagą zaburzeń uwagi: min. 5 objawów zaburzeń uwagi;
- ADHD – prezentacja z przewagą nadpobudliwości/impulsywności: min. 5 objawów H/I.

Tabela 1

Podsumowanie: kryteria diagnostyczne DSM-5, ICD-11 oraz ICD-10

	DSM-5-TR	ICD-11	ICD-10
Nazwa	ADHD	ADHD	Zaburzenie hiperkinetyczne (F90), w tym: zaburzenie aktywności i uwagi (F90.0) oraz hiperkinetyczne zaburzenia zachowania (F90.1)
Kategoria	Zaburzenia neurorozwojowe	Zaburzenia neurorozwojowe	Zaburzenia behawioralne i emocjonalne rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i okresie dojrzewania
Początek objawów	Niektóre objawy obecne przed 12. r.ż.	Niektóre objawy obecne przed 12. r.ż.	Początek zaburzenia nie później niż w 7. r.ż.
Rodzaj prezentacji objawów	ADHD prezentacja mieszana objawów (brak dominacji objawów z jednego obszaru): min. 6 objawów zaburzeń uwagi; 6 objawów H/I (dla osób od 17. r.ż. – po 5 objawów z wymienionych obszarów) ADHD prezentacja z przewagą zaburzeń uwagi: min. 6 (od 17 r.ż. – 5) objawów zaburzeń uwagi ADHD prezentacja z przewagą hiperaktywności/impulsywności: min. 6 (od 17 r.ż. – 5) objawów H/I	ADHD prezentacja mieszana objawów: zaburzenia uwagi i objawy hiperaktywności/impulsywności są równomierne ADHD prezentacja z przewagą zaburzeń uwagi: objawy zaburzeń uwagi dominują ADHD prezentacja z przewagą hiperaktywności/impulsywności: objawy H/I dominują	Brak wyróżnienia podtypów Zaburzenie hiperkinetyczne (F90): min. 6 objawów zaburzeń uwagi, min. 3 objawy nadmiernej aktywności, min. 1 objaw impulsywności Zaburzenie aktywności i uwagi (F90.0): spełnione ogólne kryteria zaburzeń hiperkinetycznych (F90), lecz nie takie jak w zaburzeniach zachowania (F91.-) Hiperkinetyczne zaburzenia zachowania (F90.1): spełnione są zarówno ogólne kryteria zaburzeń hiperkinetycznych (F90), jak i zaburzeń zachowania (F91.-)

	DSM-5-TR	ICD-11	ICD-10
Kontekst występowania objawów	Występuje w co najmniej 2 kontekstach/środowiskach	Różne środowiska, ale objawy mogą się różnić w zależności od struktury i wymagań środowiska	Występują w więcej niż jednym kontekście/środowisku
Czas trwania	Co najmniej 6 miesięcy	Co najmniej 6 miesięcy	Co najmniej 6 miesięcy
Niedopasowanie	Społeczne, edukacyjne, zawodowe	Społeczne, edukacyjne lub zawodowe, jednak objawy zaburzeń uwagi są mniej widoczne podczas aktywności stymulujących i nagradzających	Społeczne, edukacyjne, zawodowe, niezgodne z poziomem rozwoju i/lub powodujące cierpienia

Źródło: oprac. aut.

1.3. Epidemiologia

W zależności od metodologii przeprowadzonych badań i wykorzystanej klasyfikacji diagnostycznej częstość występowania ADHD w populacji szacuje się na 0,5–10%.

Rozpoznawalność ADHD jest najwyższa w populacji dzieci i młodzieży. Rozpowszechnienie u dzieci w wieku 3–12 lat wynosi 7,6%, a w wieku 13–18 lat 5,6%. Natomiast u osób dorosłych ocenia się je na 4,4%. W licznych publikacjach widoczna jest przewaga w stawianiu diagnozy ADHD u chłopców w porównaniu z dziewczynkami. W zależności od badań stosunek ten wynosi od 2,28:1 do 10:1. Jednak wielu badaczy uważa, że wykazane różnice w występowaniu zaburzenia wśród obu płci mogą być prawdopodobnie związane z odmiennością rozpoznawanych podtypów ADHD. U chłopców w obrazie klinicznym często obserwowane są objawy nadruchliwości i impulsywności, z tego powodu diagnozowany jest podtyp (prezentacja objawów) mieszany lub z przewagą impulsywności i nadruchliwości ADHD. Zachowania są bardziej uciążliwe dla otoczenia i zmuszają opiekunów do szukania opieki specjalistycznej.

Natomiast u dziewcząt często przeważają zaburzenia uwagi i stawiana jest diagnoza podtypu (prezentacji objawów) z przewagą deficytu uwagi. Brak trudności w zachowaniu powoduje, że objawy często przez dłuższy czas nie są widoczne dla otoczenia. Powoduje to, że ta grupa

pacjentów znacznie później otrzymuje rozpoznanie, lub wręcz sprawia, że pozostaje ona niezdiagnozowana.

1.4. Etiologia

1.4.1. Czynniki genetyczne i środowiskowe

Etiologia ADHD jest wieloczynnikowa. W licznych badaniach podkreśla się istotne znaczenie czynników genetycznych, wskazujących na odziedziczalność zaburzenia na poziomie 80%, ale również ich wzajemne oddziaływania z czynnikami środowiskowymi. Mogą one prowadzić do zmian funkcjonalnych i strukturalnych ośrodkowego układu nerwowego (OUN) pacjentów z ADHD.

Wśród obszarów odgrywających rolę w rozwoju objawów wymieniane są m.in.: kora przedczołowa, brzuszną część kory czołowej, jądra podstawy, przednia część zakrętu obręczy, układ limbiczny oraz ciało migdałowate. Liczne badania wskazują, że kluczowe dla rozwoju kryterialnych objawów ADHD są zaburzenia przekąźnictwa dopaminergicznego oraz noradrenergicznego. Coraz częściej jednak podkreśla się znaczenie nieprawidłowości w obszarze przekąźnictwa serotonergicznego, a także glutaminergicznego.

Wyniki badań rodzin wskazują na pięciokrotnie częstsze (w porównaniu z populacją ogólną) ryzyko wystąpienia ADHD wśród krewnych I stopnia pacjenta. 20–40% rodziców pacjentów i 35% ich rodzeństwa wykazuje te same objawy.

U krewnych pacjentów często rozpoznawane są również inne zaburzenia neurorozwojowe i psychiczne, m.in. osobowość antyspołeczna, alkoholizm, zaburzenia zachowania, nastroju, lękowe i somatyzacyjne oraz specyficzne trudności szkolne. Wskazuje się, że zgodność zachorowania na ADHD u bliźniąt monozygotycznych wynosi nawet 81%, podczas gdy u bliźniąt dizygotycznych 29%. W innych badaniach stwierdzono różnice w występowaniu tych samych trudności co u dziecka wśród rodziców adopcyjnych w porównaniu z rodzicami biologicznymi (6% vs. 18%). Tym samym badania populacyjne wskazały na istotny udział czynników genetycznych w etiologii ADHD.

Jednym z najwcześniej i najczęściej opisywanych zaburzeń neurotransmisji w ADHD są zmiany w układzie dopaminergicznym. U większości dzieci i młodzieży z rozpoznaniem ADHD, według niektórych autorów nawet 70%, stwierdza się szybką poprawę kliniczną po zastosowaniu leków

psychostymulujących, które są inhibitorami transportera dopaminy. Polimorfizm ze zmienną liczbą powtórzeń tandemowych (VNTR) genu transportera dopaminy (*DAT*), zlokalizowany w jego nieulegającym translacji regionie 3', stał się jedną z najwcześniej badanych zmian. Uważa się, że polimorfizm VNTR genu *DAT* ma też znaczenie funkcjonalne. Oznacza to, że różne warianty genu wpływają na aktywność transportera dopaminy, a w konsekwencji powodują różnice w odpowiedzi na leczenie. Autorzy licznych badań wykazali również związek różnych polimorfizmów genu *DRD4* z ADHD. Jednym z nich jest polimorfizm VNTR w egzonie 3, o powtarzalnym motywie długości 48 pz. Różnorodność alleliczna polimorfizmu *DRD4* może wpływać na różne właściwości farmakologiczne badanego receptora. W kolejnych badaniach wskazano na możliwość związku ADHD ze zmianami w obrębie genów *DRD5* oraz *DBH* (β -hydroksylazy dopaminowej).

Autorzy badań wskazali również na związek ADHD z zaburzeniami układu noradrenergicznego. Hipotezę tę mogła potwierdzać m.in. skuteczność leków II rzutu stosowanych w leczeniu ADHD, np. atomoksetyny hamującej m.in. transporter noradrenaliny (gen *NET1*). Jednak wyniki badań są niejednoznaczne.

Wskazuje się również na znaczenie w powstawaniu objawów ADHD genu białka presynaptycznego *SNAP-25*, które bierze udział w wydzielaniu katecholamin oraz w presynaptycznej regulacji synaptogenezy. Zmiany w poziomie ekspresji genu *SNAP-25* mogą być przyczyną różnic w poziomie uwalniania neurotransmiterów.

Istotną rolę mogą odgrywać również geny biorące udział w dojrzewaniu OUN. Białko NMDA (receptor kwasu N-metyloasparaginowego) uczestniczy w przekazywaniu sygnałów między komórkami nerwowymi, a także reguluje powstawanie nowych szlaków neuronalnych. Poprzez udział w transmisji synaptycznej, migracji neuronalnej, formowaniu synapsy, stabilności i plastyczności neuronów może ono odgrywać rolę w procesach uczenia się i pamięci, a także w rozwoju objawów kryterialnych ADHD (np. gen receptora *GRIN2A*). Wśród genów prawdopodobnie odpowiedzialnych za dziedziczenie objawów kryterialnych ADHD wymienia się geny powiązane z rozwojem układu nerwowego, w tym neuropeptydu Y (*NPY*), *CHRNA7* oraz metabotropowego receptora glutaminergicznego (*PARK2*). Istotną rolę odgrywają również geny powiązane z układem serotonergicznym, w tym gen transportera serotoniny *5HTT* oraz receptora serotoninowego *HTR1B*.

Istotną rolę w rozwoju ADHD mogą również odgrywać czynniki środowiskowe, wśród których wymienia się m.in. zaburzenia okołoporodowe, poród przedwczesny, niską masę urodzeniową dziecka, uszkodzenie OUN, picie alkoholu, spożywanie innych substancji psychoaktywnych, palenie papierosów czy zażywanie leków przez mamę pacjenta, a także wyraźną wczesną

deprywację emocjonalną, toksyny środowiskowe oddziałujące w czasie ciąży, porodu lub we wczesnym dzieciństwie (np. ołów, pestycydy, polichlorowane bifenyle). Należy pamiętać, że czynniki te nie są specyficzne dla ADHD, ponieważ są wymieniane również wśród czynników etiologicznych w innych zaburzeniach, np. neurorozwojowych, psychotycznych i afektywnych o bardzo wczesnym początku.

1.4.2. Koncepcje neuropsychologiczne

Wyjaśnień patogenezy ADHD poszukuje się także na poziomie mechanizmów neuropsychologicznych i powiązanych z nimi procesów biochemicznych zachodzących w OUN. Największe znaczenie przypisuje się zakłóceniom we współdziałaniu układu noradrenergicznego i dopaminergicznego. Dopamina odgrywa kluczową rolę w regulacji procesów ośrodkowego hamowania zachowania, funkcji motywacyjnych w układzie nagrody, a także w sprawności funkcji wykonawczych.

Istnieją różne koncepcje neuropsychologiczne próbujące wyjaśnić powstawanie objawów ADHD i zróżnicowanie jego obrazu klinicznego. W modelu opracowanym przez Russella Barkleya (1997b) podstawowym deficytem są zaburzenia hamowania reakcji, które prowadzą do wtórnych zaburzeń funkcji wykonawczych, w tym pamięci operacyjnej, samoregulacji wzbudzenia emocjonalno-motywacyjnego, internalizacji mowy i rekonstrukcji. Funkcje wykonawcze pozwalają na ustalenie zasad działania i ich zmianę w celu elastycznego realizowania celów. Z tego powodu u osób z ADHD możemy obserwować trudności w hamowaniu reakcji, planowaniu oraz zmienianiu postępowania. W okresie adolescencji i dorosłości takie deficyty mogą przejawiać się w zaburzeniu samokontroli, regulacji emocjonalnej oraz elastyczności poznawczej. Funkcje te najprawdopodobniej są związane z działaniem obwodu kora przedczołowa – grzbietowa część prążkowia (jądro ogoniaste) – grzbietowo-przyśrodkowa część wzgórza – kora przedczołowa, w którym głównym modulatorem jest układ dopaminergiczny.

W modelu poznawczo-energetycznym Sergeant, Oosterlaan i van der Meere (2005) zwrócili uwagę na istotną rolę czynników oddziałujących na odpowiedzi mogące wpływać na deficyt hamowania. Stwierdzili oni, że uzyskiwane przez badanych wyniki zmieniają nagrody lub koszty przez nich ponoszone, szybkość podawania bodźców, stan organizmu (związany np. z brakiem snu, porą dnia, czasem trwania zadania). Zgodnie z tą koncepcją na przebieg procesu hamowania ma wpływ aktywacja potrzebna do przygotowania i organizowania zachowania, wysiłek umysłowy związany z motywacją i reagowaniem na wzmocnienie oraz wzbudzenie, czyli czas przeznaczony na przetwarzanie bodźca (Borkowska, 2006).

Kolejnym kluczowym deficytem odgrywającym rolę w ADHD mogą być zaburzenia w funkcjonowaniu układu nagrody. W tej koncepcji Sagvolden i in. (2005) założyli, że ADHD wiąże się z dysfunkcją w obszarze motywacyjno-emocjonalnym, a nie poznawczym, tym samym dochodzi do zaburzeń w funkcjonowaniu układu sygnalizującego związek pomiędzy zachowaniem a nagrodą. Potwierdzeniem mogą być same obserwacje pacjentów z ADHD, u których obserwuje się zarówno trudności w oczekiwaniu, jak i problemy z podtrzymywaniem działania przez dłuższy czas. Niezdolność do odraczania nagrody może prowadzić w rozwoju dziecka i młodzieży do unikania wszelkich zadań związanych z opóźnieniem w otrzymaniu nagrody i angażowania się tylko w te zachowania, które są bezpośrednio wzmacniane po ich wystąpieniu. Neuroanatomicznym substratem takich procesów wydaje się obwód obejmujący oczodołową część kory przedczołowej, zakręt obręczy, jądro półleżące, wzgórze do kory oczodołowo-czołowej. Również w tym przypadku głównym neuromodulatorem powyższych procesów jest dopamina.

W latach 80. ubiegłego wieku Quay (1998) zaadaptował neuropsychologiczny model lęku Gray'a do wyjaśnienia przyczyn słabego hamowania obserwowanego u pacjentów z rozpoznaniem ADHD. Gray za najważniejszy czynnik umożliwiający zrozumienie emocji uznawał system behawioralnego hamowania (ang. *behavioral inhibition system* – BIS) i system behawioralnej aktywacji (ang. *behavioral activation system* – BAS). W nawiązaniu do tej teorii sygnały nagrody, ale również unikanie i ucieczka z negatywnych konsekwencji, zwiększają aktywność w BAS, prowadząc do nasilenia zachowania oraz jego utrzymywania się. Natomiast sygnały zbliżającej się kary oraz brak spodziewanej nagrody powoduje wzrost aktywności w systemie BIS. Quay wykorzystał ten model dla wyjaśnienia impulsywności pojawiającej się w ADHD, zakładając, że może ona nasilać się w wyniku uszkodzenia systemu BIS.

1.5. Przebieg, powikłania, zaburzenia współwystępujące i rokowanie

Obecnie wiadomo, że u 70% osób z rozpoznaniem ADHD objawy utrzymują się w okresie nastoletnim, a u 30–50% również w dorosłości. Zaburzenie charakteryzuje się dużą ilością dodatkowych trudności, współwystępowaniem zaburzeń towarzyszących, które w wielu przypadkach mogą być powikłaniem późno rozpoznanego i nieleczonego ADHD.

Dziewczynki z tym rozpoznaniem mają zazwyczaj większe ryzyko wystąpienia dodatkowo zaburzeń lękowych oraz uzależnienia od substancji psychoaktywnych, natomiast chłopcy depresji, zaburzeń zachowania i zachowań opozycyjno-buntowniczych.

Znaczna część całej populacji pacjentów z ADHD, nawet 60–70% z nich, ma stwierdzone zaburzenia towarzyszące, w tym:

- zaburzenia neurorozwojowe:
 - zaburzenie ze spektrum autyzmu,
 - specyficzne zaburzenia umiejętności szkolnych,
 - zaburzenia koordynacji ruchowej,
 - tiki (w tym zespół Tourette’a),
- zaburzenia lękowe,
- zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne,
- zaburzenia depresyjne,
- zaburzenia afektywne dwubiegunowe, szczególnie o wczesnym początku (ChAD; objawy przed 18 r.ż.) i bardzo wczesnym początku (objawy przed 13 r.ż.),
- zaburzenia opozycyjno-buntownicze i zachowania, osobowość antyspołeczną,
- szkodliwe używanie, nadużywanie oraz uzależnienie od substancji psychoaktywnych.

Dzieci i młodzież z ADHD niejednokrotnie doznają odrzucenia zarówno przez rówieśników, jak i osoby dorosłe. Nieustannie bywają krytykowane za swoje objawy, co może prowadzić z jednej strony do rezygnacji ze współpracy, izolacji i w konsekwencji osamotnienia pacjentów, a z drugiej buntu i nasilenia zachowań agresywnych. Dodatkowo trudności w regulowaniu emocji, zmniejszona zdolność do hamowania reakcji oraz obniżony próg tolerancji frustracji mogą sprzyjać podejmowaniu impulsywnych prób samobójczych. Szacuje się, że 10–40% pacjentów z ADHD w ciągu ich życia ma rozpoznany epizod depresji.

Nadużywanie substancji psychoaktywnych obok zaburzeń opozycyjno-buntowniczych, zaburzeń zachowania oraz nieprawidłowo kształtującej się osobowości jest istotnym czynnikiem wpływającym na niedostosowanie społeczne pacjentów. W przypadku braku interwencji czynniki te mogą doprowadzić pacjenta do konfliktów z prawem, skutkować koniecznością umieszczenia go w zakładzie odwykowym, wychowawczym lub nawet poprawczym.

Na podstawie literatury oraz obserwacji klinicznych wiemy, że u pacjentów z objawami ADHD w dzieciństwie wiek początku ChAD jest niższy w porównaniu z początkiem ChAD u osób bez ADHD (11 vs. 24 lata).

Przebieg ADHD, funkcjonowanie pacjenta oraz rokowanie są zależne od wielu czynników, w tym prezentowanego obrazu klinicznego, otrzymanego wsparcia, występujących dodatkowo zaburzeń.

W przebiegu zaburzenia wielokrotnie obserwujemy rozregulowanie emocjonalne, niską tolerancję frustracji, subtelna niezdarność i inne drobne („miękkie”) zaburzenia neurologiczne w funkcjonowaniu sensorycznym i motorycznym przy braku jakiegokolwiek rozpoznawalnej patologii mózgu.

Przebieg ADHD

- narażenie na różne urazy, wypadki, zgony w ich następstwie,
- negatywne relacje interpersonalne na przestrzeni całego życia, w tym z członkami rodziny, rówieśnikami i partnerami romantycznymi,
- większe trudności z regulowaniem swojego zachowania w grupie niż w sytuacjach jeden na jeden,
- mniejsza dojrzałość emocjonalna,
- niska samoocena,
- problemy edukacyjne często większe niż obiektywne możliwości intelektualne pacjenta, co wpływa również na zdobyte przez niego wykształcenie,
- dorośli mają trudności z utrzymaniem wymagającej pracy,
- ich zatrudnienie może być nieproporcjonalnie słabsze w stosunku do możliwości oraz wykształcenia,
- otyłość.

Wszystkie te czynniki, łącznie z zaburzeniami towarzyszącymi, negatywnie wpływają na rokowanie u pacjentów z ADHD, długość oraz jakość ich życia, a także ryzyko zgonu. Samo zaburzenie koreluje z obniżonym statusem socjoekonomicznym w życiu dorosłym, a powikłania nieleczonego ADHD mogą być związane ze zwiększonymi kosztami społecznymi i finansowymi, w tym np. utratą pracy, konfliktami z prawem, koniecznością resocjalizacji, leczenia uzależnień, urazów, zwolnień lekarskich czy hospitalizacji.

W licznych badaniach podkreśla się też różnice w obrazie ADHD, jego przebiegu, zaburzeń towarzyszących między kobietami a mężczyznami. Mogą one wpływać na proces diagnozy i leczenia. ADHD u dziewcząt i kobiet często może być niezauważone i niezdiagnozowane lub zgłaszane objawy mogą być błędnie kwalifikowane do innego zaburzenia psychicznego. Może być to wynik odmiennego obrazu klinicznego i częstej

prezentacji objawów z dominacją nieuwagi, czynników kulturowych i oczekiwań społecznych, a także umiejętności pacjentek, które stosują różne strategie kompensacyjne, aby maskować swoje trudności, dopasować się do obowiązujących norm. U dziewcząt objawy ADHD są często wiązane z problemami emocjonalnymi czy rodzinnymi. To wszystko powoduje, że ich trudności nie są zauważane, nie są kierowane na diagnostykę, a tym samym nie uzyskują adekwatnego wsparcia. Stała konieczność maskowania objawów jest dla pacjentów znaczącym obciążeniem poznawczym i emocjonalnym. Wielokrotnie doprowadza to do powikłań w postaci pojawienia się zaburzeń towarzyszących, m.in. uzależnień, zaburzeń depresyjnych i lekowych. Dziewczynki i kobiety z ADHD mogą zgłaszać się z powodu odczuwanego nasilonego wewnętrznego niepokoju, towarzyszącego im lęku bez uchwytnej przyczyny, objawów psychosomatycznych, trudności ze snem, niskiej samooceny czy zaburzeń odżywiania. Zakłócające zachowania chłopców wielokrotnie skłaniają nauczycieli i rodziców do szukania pomocy, w przeciwieństwie do wycofanych i niesprawiających problemów dziewcząt z nieuważnością. Badania zagraniczne sugerują, że u kobiet z ADHD często w dzieciństwie występowało nadużycie seksualne, w okresie nastoletnim obserwuje się wyższy w porównaniu z populacją ogólną odsetek młodocianych ciąż, a w dorosłości również zaburzenia osobowości typu *borderline*. Kobiety podobnie jak mężczyźni doświadczają różnych powikłań edukacyjnych, relacyjnych, często związanych z nieleczonym i niezdiagnozowanym ADHD. Dziewczynki i kobiety z nieleczonym ADHD częściej niż mężczyźni mają niską samoocenę i trudności z zarządzaniem obowiązkami szkolnymi, a później domowymi i zawodowymi, co może prowadzić do dezorganizacji funkcjonowania w wielu obszarach. U kobiet i dojrzewających dziewcząt objawy ADHD mogą wykazywać zmienność w zależności od zmian hormonalnych (m.in. cykl miesięczny, ciąża, połóg, menopauza).

1.6. Różnicowanie

W przypadku obserwowania objawów ADHD należy brać pod uwagę inne zaburzenia i choroby, które mogą z jednej strony współwystępować, ale również takie, które są przyczyną – niekiedy przejściowych – objawów sugerujących ADHD. Dlatego sama obserwacja kliniczna, wykonane badania psychologiczne nie zwalniają diagnosty z poszukiwania innych przyczyn zaburzenia, szczególnie w przypadku istnienia dodatkowych objawów niemieszczących się w kryteriach diagnostycznych zaburzenia. Przykładowe przyczyny objawów sugerujących ADHD przedstawiono w tabeli 2.

abela 2
Diagnostyka różnicowa ADHD u dzieci i młodzieży

Objawy	Możliwe przyczyny
Zaburzenia psychiczne	Niepełnosprawność intelektualna Zaburzenie ze spektrum autyzmu (ASD) Zaburzenia lękowe i zaburzenia adaptacyjne Zaburzenia afektywne (zaburzenia afektywne dwubiegunowe, ChAD, również o bardzo wczesnym początku, depresja) Zaburzenia psychotyczne Zaburzenia zachowania i zaburzenia opozycyjno-buntownicze Nieprawidłowo kształtująca się osobowość Reaktywne zaburzenia więzi Zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych Choroba tikowa Zaburzenia wynikające z zażywania substancji psychoaktywnych Zaburzenia snu
Zaburzenia ogólnomedyczne, w tym neurologiczne	Nadczynność tarczycy Alergia Astma Owsica Bezdech senny, deprywacja snu Pląsawica Sydenhama Dziecięce autoimmunizacyjne zaburzenia neuropsychiczne związane z infekcją paciorkowcami (ang. <i>pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infection</i> – PANDAS) Dziecięce zaburzenie neuropsychiatryczne o ostrym początku (ang. <i>pediatric acute-onset neuropsychiatric syndrome</i> – PANS) Płodowy zespół alkoholowy (ang. <i>fetal alcohol syndrome</i> – FAS) Zespoły genetyczne, w tym np. zespół łamliwego chromosomu X, <i>fra(X)</i>, zespół Williamsa, zespół Klinefeltera, zespół Smith-Magaenis Mukopolisacharydozy Fenyloketonuria

Objawy	Możliwe przyczyny
Zaburzenia ogólnomedyczne, w tym neurologiczne cd.	Neurofibromatozy Choroby zwyrodnieniowe Encefalopatia o różnej etiologii; stany zapalne ośrodkowego układu nerwowego (OUN) Padaczka Stany wpływające na pogorszenie funkcji poznawczych (np. gorączka, napad duszności) Stan po urazie głowy Znaczny przerost migdałka gardłowego Niedosłuch Zaburzenia widzenia
Działania niepożądane leków	Barbiturany Benzodiazepiny Neuroleptyki Leki przeciwpadaczkowe Steroidy Leki przeciwhistaminowe Leki β-adrenolityczne Izoniazyd Leki wziewne rozszerzające oskrzela Teofilina Leki nootropowe Suplementy hormonów tarczycy
Inne	Trudna sytuacja rodzinna Przemoc stosowana wobec dziecka (w tym np. przemoc domowa, przemoc rówieśnicza) Nieadekwatne do wieku oczekiwania dorosłych Nadmierne używanie elektroniki, internetu itp.

Źródło: oprac. aut.

Obowiązujące klasyfikacje DSM-5 oraz ICD-11 ujmują kryteria diagnostyczne w podobny sposób. Wyróżniono dwa obszary trudności – nieuwagę oraz nadruchliwość/impulsywność. Część objawów musi pojawić się przed 12 r.ż., chociaż objawy nie muszą być wyraźne. Obecnie wiadomo, że część objawów utrzymuje się w okresie dorastania, a także dorosłości. Zarówno prowadzone badania, jak i obserwacje kliniczne wskazują na różnice pomiędzy mężczyznami i kobietami w obrazie klinicznym, przebiegu, jak i powikłaniach. Kobiety diagnozowane są zazwyczaj 4 lata później niż mężczyźni. ADHD bardzo często współwystępuje z innymi zaburzeniami psychicznymi, przy czym część powikłań jest związana z niezdiagnozowanym i nieleczonym zaburzeniem. W procesie diagnostycznym istotne są: zbieranie informacji z różnych źródeł, obserwacja pacjenta w sytuacjach dowolnych, jak i kierowanych, zastosowanie narzędzi diagnostycznych, neuropsychologicznych, jak również ocena funkcjonalna. Nie należy zapominać, że część innych zaburzeń psychicznych, somatycznych, jak i stosowane leczenie mogą powodować występowanie objawów sugerujących ADHD. Leczenie zaburzenia powinno zostać wprowadzone niezwłocznie po postawieniu diagnozy. W postępowaniu istotne są interwencje nefarmakologiczne (w tym np. psychoedukacja, psychoterapia, nowe technologie, np. oparte na grach komputerowanych), jak i farmakologiczne (I rzutu – metylofenidat, II rzutu – atomoksetyna, lisdeksamfetamina oraz III rzutu – np. neuroleptyki, leki przeciwdepresyjne, klonidyna). Należy pamiętać, że interwencje terapeutyczne stosujemy zarówno wobec pacjenta, jak i innych osób ze środowisk, w których funkcjonuje dziecko/nastolatek.

Literatura

- Barkley, R. A. (1997a). Attention-deficit/hyperactivity disorder, self-regulation, and time: Toward a more comprehensive theory. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 18(4), 271–279. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1097/00004703-199708000-00009>
- Barkley, R. A. (1997b). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65–94.
- Barkley, R. A. (2006). The Nature of ADHD. History. W: R.A. Barkley, *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (s. 3–73). Guilford Press.
- Barr, C. L., Feng, Y., Wigg, K., Bloom, S., Roberts, W., Malone, M., Schachar, R., Tannock, R., Kennedy, J. L. (2000). Identification of DNA variants in the SNAP-25 gene and linkage study of these polymorphisms and attention-deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*, 5(4), 405–409. <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4000733>
- Benjamin, J., Osher, Y., Kotler, M., Gritsenko, I., Nemanov, L., Belmaker, R. H., Ebstein, R. P. (2000). Association between tridimensional personality questionnaire (TPQ) traits and three functional polymorphisms: Dopamine receptor D4 (DRD4), serotonin transporter promoter region (5-HTTLPR) and catechol O-methyltransferase (COMT). *Molecular Psychiatry*, 5(1), 96–100. <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4000640>
- Biederman, J. (2003). Pharmacotherapy for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) decreases the risk for substance abuse: Findings from a longitudinal follow-up of youths with and without ADHD. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 64 Suppl (11), 3–8.
- Borkowska, A. R. (2006). ADHD – zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi. W: A. R. Borkowska i Ł. Domańska (red.), *Neropsychologia kliniczna dziecka* (s. 177–199). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Campbell, S. B., Douglas, V. I., Morgenstern, G. (1971). Cognitive styles in hyperactive children and the effect of methylphenidate. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 12(1), 55–67. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1971.tb01050.x>
- Castellanos, F. X., Sonuga-Barke, E. J., Milham, M. P., Tannock, R. (2006). Characterizing cognition in ADHD: Beyond executive dysfunction. *Trends in Cognitive Sciences*, 10(3), 117–123. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2006.01.011>

Catalá-López, F., Hutton, B., Núñez-Beltrán, A., Page, M. J., Ridao, M., Macías Saint-Gerons, D., Catalá, M. A., Tabarés-Seisdedos, R., Moher, D. (2017). The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: A systematic review with network meta-analyses of randomised trials. *PloS one*, 12(7), e0180355. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180355>

Chang, Z., Lichtenstein, P., Halldner, L., D'Onofrio, B., Serlachius, E., Fazel, S., Långström, N., Larsson, H. (2014). Stimulant ADHD medication and risk for substance abuse. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 55(8), 878–885. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12164>

Chess, S. (1960). Diagnosis and treatment of the hyperactive child. *New York State Journal of Medicine*, 60, 2379–2385.

Coghill, D., Banaschewski, T., Cortese, S., Asherson, P., Brandeis, D., Buitelaar, J., Daley, D., Danckaerts, M., Dittmann, R. W., Doepfner, M., Ferrin, M., Hollis, C., Holtmann, M., Paramala, S., Sonuga-Barke, E., Soutullo, C., Steinhausen, H. C., Van der Oord, S., Wong, I. C. K., Zuddas, A., [...] Simonoff, E. (2023). The management of ADHD in children and adolescents: Bringing evidence to the clinic: Perspective from the European ADHD Guidelines Group (EAGG). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(8), 1337–1361. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01871-x>

Cortese, S., Adamo, N., Del Giovane, C., Mohr-Jensen, C., Hayes, A. J., Carucci, S., Atkinson, L. Z., Tessari, L., Banaschewski, T., Coghill, D., Hollis, C., Simonoff, E., Zuddas, A., Barbui, C., Purgato, M., Steinhausen, H. C., Shokraneh, F., Xia, J., Cipriani, A. (2018). Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 5(9), 727–738. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30269-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30269-4)

Cosmo, C., DiBiasi, M., Lima, V., Grecco, L. C., Muszkat, M., Philip, N. S., de Sena, E. P. (2020). A systematic review of transcranial direct current stimulation effects in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Affective Disorders*, 276, 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.054>

Demontis, D., Walters, R. K., Martin, J., Mattheisen, M., Als, T. D., Agerbo, E., Baldursson, G., Belliveau, R., Bybjerg-Grauholm, J., Bækvad-Hansen, M., Cerrato, F., Chambert, K., Churchhouse, C., Dumont, A., Eriksson, N., Gandal, M., Goldstein, J. I., Grasby, K. L., Grove, J., Gudmundsson,

O. O., [...] Neale, B. M. (2019). Discovery of the first genome-wide significant risk loci for attention deficit/hyperactivity disorder. *Nature Genetics*, 51(1), 63–75.

<https://doi.org/10.1038/s41588-018-0269-7>

Douglas, V. I. (1972). Stop, look and listen: The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioural*, 4(4), 259–282.

<https://doi.org/10.1037/h0082313>

Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M. A., Newcorn, J. H., Gignac, M., Al Saud, N. M., Manor, I., Rohde, L. A., Yang, L., Cortese, S., Almagor, D., Stein, M. A., Albatti, T. H., Aljoudi, H. F., Alqahtani, M. M. J., Asherson, P., Atwoli, L., [...] Wang, Y. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 128, 789–818.

<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022>

Greenhill, L. L., Swanson, J. M., Hechtman, L., Waxmonsky, J., Arnold, L. E., Molina, B. S. G., Hinshaw, S. P., Jensen, P. S., Abikoff, H. B., Wigal, T., Stehli, A., Howard, A., Hermanussen, M., Hanć, T., MTA Cooperative Group. (2020). Trajectories of growth associated with long-term stimulant medication in the multimodal treatment study of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(8), 978–989.

<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.06.019>

Gondek, T. M., Stramecki, F., Cieśla, M., Ziegart-Sadowska, K., Foryciarz, K., Głowczyński, P., Krupa, A. J., Krysta, K., Malec, A. K., Rewekant, A., Szczegielniak, A., Szczubiał-Kamińska, A., Taracha, A., Tokarek, A., Wojtkiewicz, A., Todzia-Kornaś, A. (2024). Diagnostyka i postępowanie terapeutyczne u dorosłych z ADHD. *Psychiatria Spersonalizowana*, 3(3–4), 43–73.

<https://doi.org/10.5114/psychs.2024.142908>

Harold, G. T., Leve, L. D., Barrett, D., Elam, K., Neiderhiser, J. M., Natsuaki, M. N., Shaw, D. S., Reiss, D., Thapar, A. (2013). Biological and rearing mother influences on child ADHD symptoms: Revisiting the developmental interface between nature and nurture. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 54(10), 1038–1046. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12100>

Hollis, C., Hall, C. L., Guo, B., James, M., Boadu, J., Groom, M. J., Brown, N., Kaylor-Hughes, C., Moldavsky, M., Valentine, A. Z., Walker, G. M., Daley, D., Sayal, K., Morriss, R., The AQUA Trial Group. (2018). The impact of a computerised test of attention and activity (QbTest) on diagnostic decision-making in children and young people with suspected attention deficit hyperactivity disorder: Single-blind randomised controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 59(12), 1298–1308. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12921>

- Jensen, C. M., Steinhausen, H. C. (2015). Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 7(1), 27–38. <https://doi.org/10.1007/s12402-014-0142-1>
- Kustanovich, V., Ishii, J., Crawford, L., Yang, M., McGough, J. J., McCracken, J. T., Smalley, S. L., Nelson, S. F. (2004). Transmission disequilibrium testing of dopamine-related candidate gene polymorphisms in ADHD: Confirmation of association of ADHD with DRD4 and DRD5. *Molecular Psychiatry*, 9(7), 711–717. <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001466>
- Lahey, B. B., Applegate, B., McBurnett, K., Biederman, J., Greenhill, L., Hynd, G. W., Barkley, R. A., Newcorn, J., Jensen, P., Richters, J. (1994). DSM-IV field trials for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, 151(11), 1673–1685. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.11.1673>
- Lansbergen, M. M., Kenemans, J. L., van Engeland, H. (2007). Stroop interference and attention-deficit/hyperactivity disorder: A review and meta-analysis. *Neuropsychology*, 21(2), 251–262. <https://doi.org/10.1037/0894-4105.21.2.251>
- Loo, S. K., Salgari, G. C., Ellis, A., Cowen, J., Dillon, A., McGough, J. J. (2021). Trigeminal nerve stimulation for attention-deficit/hyperactivity disorder: Cognitive and electroencephalographic predictors of treatment response. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 60(7), 856–864.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.09.021>
- Manor, I., Tyano, S., Mel, E., Eisenberg, J., Bachner-Melman, R., Kotler, M., Ebstein, R. P. (2002). Family-based and association studies of monoamine oxidase A and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Preferential transmission of the long promoter-region repeat and its association with impaired performance on a continuous performance test (TOVA). *Molecular Psychiatry*, 7(6), 626–632. <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001037>
- Nazarova, V. A., Sokolov, A. V., Chubarev, V. N., Tarasov, V. V., Schiöth, H. B. (2022). Treatment of ADHD: Drugs, psychological therapies, devices, complementary and alternative methods as well as the trends in clinical trials. *Frontiers in Pharmacology*, 13, 1066988. <https://doi.org/10.3389/fphar.2022.1066988>
- Nigg, J. T., Blaskey, L. G., Huang-Pollock, C. L., Rappley, M. D. (2002). Neuropsychological executive functions and DSM-IV ADHD subtypes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(1), 59–66. <https://doi.org/10.1097/00004583-200201000-00012>

Otrębski, W., Mariańczyk, K., Amilkiewicz-Marek, A., Bieńkowska, K. I., Domagała-Zyśk, E., Kostrubiec-Wojtachnio, B., Papuda-Dolińska, B., Pisula, E. (2022). *Standardy przebiegu oceny funkcjonalnej oraz planowania wsparcia edukacyjno-specjalistycznego w przypadku występowania następujących trudności: uszkodzenie słuchu; dysfunkcja wzroku; specyficzne zaburzenia uczenia się; zaburzenia rozwoju mowy i języka; zaburzenia rozwoju intelektualnego; zaburzenia ze spektrum autyzmu (ASD); zaburzenia zachowania i emocji*. Wydawnictwo KUL.

Peterson, B. S., Trampush, J., Brown, M., Maglione, M., Bolshakova, M., Rozelle, M., Miles, J., Pakdaman, S., Yagyu, S., Motala, A., Hempel, S. (2024). Tools for the diagnosis of ADHD in children and adolescents: A systematic review. *Pediatrics*, 153(4), e2024065854.

<https://doi.org/10.1542/peds.2024-065854>

Posner, J., Polanczyk, G. V., Sonuga-Barke, E. (2020). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 395(10222), 450–462. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)33004-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)33004-1)

Quay, H. C. (1988). *Attention deficit disorder and the behavioral inhibition system: The relevance of the neuropsychological theory of Jeffrey A. Gray*. W: L. M. Bloomingdale, J. Sergeant (Eds.), *Attention deficit disorder criteria, cognition, intervention* (s. 117–125). Oxford: Pergamon Press.

Rabiner, D. L. (2013). Stimulant prescription cautions: Addressing misuse, diversion and malingering. *Current Psychiatry Reports*, 15(7), 375. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0375-2>

Reale, L., Bartoli, B., Cartabia, M., Zanetti, M., Costantino, M. A., Canevini, M. P., Termine, C., Bonati, M., Lombardy ADHD Group. (2017). Comorbidity prevalence and treatment outcome in children and adolescents with ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(12), 1443–1457. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1005-z>

Romine, C. B., Lee, D., Wolfe, M. E., Homack, S., George, C., Riccio, C. A. (2004). Wisconsin Card Sorting Test with children: A meta-analytic study of sensitivity and specificity. *Archives of Clinical Neuropsychology: The Official Journal of the National Academy of Neuropsychologists*, 19(8), 1027–1041. <https://doi.org/10.1016/j.acn.2003.12.009>

Sagvolden, T., Johansen, E. B., Aase, H., Russell, V. A. (2005). A dynamic developmental theory of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) predominantly hyperactive/impulsive and combined subtypes. *Behavioral and Brain Sciences*, 28(3), 397–419.

Schwartz, S., Correll, C. U. (2014). Efficacy and safety of atomoxetine in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: Results from a comprehensive meta-analysis and metaregression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(2), 174–187. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.11.005>

- Sergeant, J. (2000). The cognitive-energetic model: An empirical approach to attention-deficit hyperactivity disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 24(1), 7–12.
[https://doi.org/10.1016/s0149-7634\(99\)00060-3](https://doi.org/10.1016/s0149-7634(99)00060-3)
- Shrestha, M., Lautenschleger, J., Soares, N. (2020). Non-pharmacologic management of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: A review. *Translational Pediatrics*, 9(Suppl 1), S114–S124. <https://doi.org/10.21037/tp.2019.10.01>
- Slaats-Willemse, D., Swaab-Barneveld, H., de Sonnevile, L., van der Meulen, E., Buitelaar, J. (2003). Deficient response inhibition as a cognitive endophenotype of ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(10), 1242–1248.
<https://doi.org/10.1097/00004583-200310000-00016>
- Sonuga-Barke, E., Bitsakou, P., Thompson, M. (2010). Beyond the dual pathway model: Evidence for the dissociation of timing, inhibitory, and delay-related impairments in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(4), 345–355. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2009.12.018>
- Sonuga-Barke, E. J., Sergeant, J. (2005). The neuroscience of ADHD: Multidisciplinary perspectives on a complex developmental disorder. *Developmental Science*, 8(2), 103–104.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-7687.2005.00396.x>
- Thapar, A. (2018). Discoveries on the genetics of ADHD in the 21st century: New findings and their implications. *The American Journal of Psychiatry*, 175(10), 943–950.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18040383>
- van Mourik, R., Oosterlaan, J., Sergeant, J. A. (2005). The Stroop revisited: A meta-analysis of interference control in AD/HD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 46(2), 150–165. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00345.x>
- Veloso, A., Vicente, S. G., Filipe, M. G. (2020). Effectiveness of cognitive training for school-aged children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 10, 2983. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02983>
- Wolańczyk, T., Komender, J. (2004). Zaburzenie hiperkinetyczne. W: I. Namysłowska (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży* (s. 197–213). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Rozdział II

Postępowanie z dzieckiem z ADHD w odniesieniu do polskich standardów

2.1. System opieki nad dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami psychicznymi

Pomoc dziecku z problemami w zachowaniu i problemami emocjonalnymi jest w Polsce podzielona między system oświaty i system leczenia psychiatrycznego. Oprócz tego różne formy pomocy są dostępne w ramach systemu organizacji pozarządowych (fundacje, stowarzyszenia) oraz w systemie komercyjnym.

W ramach systemu oświaty mamy do czynienia z pierwszą linią pomocy, jaką są psychologowie i pedagodzy szkolni, oraz z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi (PPP). Zadania tej grupy specjalistów są dość szerokie: na pewno psycholog szkolny może być pierwszą osobą, do której rodzic zwraca się w przypadku podejrzenia u dziecka problemów ze skupieniem uwagi bądź problemów z zachowaniem. Jeśli psycholog szkolny na podstawie obserwacji zachowania i pracy dziecka oraz rozmów z nauczycielami widzi jakiś problem, może skierować ucznia do PPP lub do systemu leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży. W przypadku dziecka z ustaloną diagnozą psycholog szkolny lub pedagog może pomagać nauczycielom w dostosowaniu wymagań do problemów ucznia, jak również pracować indywidualnie z samym uczniem, zwłaszcza w przypadku starszych dzieci i nastolatków.

Do poradni psychologiczno-pedagogicznej, rejonowej dla danej szkoły, może zgłosić się bezpośrednio każdy rodzic bądź opiekun – jest w niej prowadzona pełna diagnoza psychologiczna, w tym diagnoza funkcjonowania poznawczego, a więc rozwoju intelektualnego, sposobów przetwarzania informacji, pamięci, uwagi. W badaniu bierze udział psycholog, a często także pedagog.

Badanie w PPP kończy się wystawieniem opinii z zaleceniami dla rodziców i przede wszystkim zaleceniami dla szkoły. Należy pamiętać, że diagnoza ADHD jest diagnozą medyczną i wynik

badania psychologiczno-pedagogicznego jest częścią pełnego procesu diagnostycznego. Rozpoznanie ADHD stawia lekarz psychiatra.

Poradnie psychologiczno-pedagogiczne mogą wysnuć podejrzenie ADHD, przeprowadzić psychoedukację oraz – jeśli jest taka potrzeba – skierować do dalszej opieki w systemie leczenia psychiatrycznego. W różnych PPP zakres udzielanej pomocy jest bardzo różny; są takie, które ze względu na obciążenie pracą ograniczają się do diagnozy i opiniowania oraz ewentualnego wsparcia personelu szkoły w przygotowaniu np. indywidualnych planów edukacyjno-terapeutycznych, lecz są też poradnie, które prowadzą treningi umiejętności rodzicielskich dla rodziców dzieci z ADHD, treningi umiejętności społecznych (TUS) dla dzieci, terapie rodzinną, indywidualną lub grupową. Warto zawsze dowiedzieć się w PPP rejonowej dla szkoły danego dziecka, jaki jest zakres świadczonej przez nią pomocy.

System leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży po przeprowadzonej kilka lat temu reformie zmienił się zasadniczo.

Pierwszą linią udzielania pomocy nie są już zatrudniające lekarzy psychiatrów poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, lecz opieka środowiskowa, dostępna zgodnie z założeniami blisko miejsca zamieszkania i mogąca w związku z tym objąć opieką także rodzinę i szkołę młodego pacjenta.

W systemie pojawiły się placówki, o których istnieniu nie wiedzą wszyscy rodzice, a nawet nauczyciele. Opieka w psychiatrii dzieci i młodzieży podzielona jest na 3 poziomy.

Pierwszy z nich to **Ośrodki Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży** bądź też **Zespoły Środowiskowej Opieki Psychologiczno-Pedagogicznej dla Dzieci i Młodzieży**. W placówkach tych pracują psycholodzy, psychoterapeuci oraz terapeuci środowiskowi dzieci i młodzieży, będący w systemie przedstawicielami nowego zawodu. Każdy z tych profesjonalistów ma odrębne zadania: psycholog zajmuje się głównie diagnozą i pomocą psychologiczną, psychoterapeuta prowadzi psychoterapię indywidualną, grupową lub rodzinną, terapeuta środowiskowy zaś pracuje ze środowiskiem dziecka i z dzieckiem w środowisku. Jest to bardzo ważna rola, bo właśnie terapeuta środowiskowy może odbywać wizyty w domu i pomagać rodzicom w realizacji zaleceń dotyczących dostosowania sposobu wychowania do potrzeb dziecka z ADHD i w pracy nad zmniejszaniem częstości zachowań niepożądanych, może również odwiedzić szkołę i pracować z nauczycielami, pomagając im w realizacji zaleceń. W ośrodkach środowiskowej opieki psychologicznej

i psychoterapeutycznej rozpoczęcie pomocy jest poprzedzone etapem diagnozy psychologicznej i ustaleniem różnych czynników wpływających na funkcjonowanie dziecka.

Należy pamiętać, że nie zawsze najważniejszą rolę będą odgrywały same objawy ADHD, znacznie ważniejsze mogą być sytuacja rodzinna lub niekorzystne czynniki w środowisku koleżeńskim (np. przemoc ze strony rówieśników).

Po ustaleniu diagnozy zespół podejmuje decyzję o tym, jakiego rodzaju interwencje zostaną zaproponowane danemu dziecku i jego rodzinie. W zależności od potrzeb, ale też możliwości danego ośrodka rodzice mogą otrzymać psychoedukację dotyczącą postawionych diagnoz, pomoc wychowawczą, wsparcie terapeuty środowiskowego, treningi umiejętności rodzicielskich (warsztaty dla rodziców), terapię rodzin. Samemu dziecku lub nastolatkowi może zostać zaproponowana terapia indywidualna bądź terapia grupowa, stosowane są również metody treningowe, np. TUS. Jak już wspomniano, pomoc może być także skierowana do szkoły lub innego środowiska, w którym przebywa dziecko, np. placówki socjoterapeutycznej, wychowawczej.

Drugi poziom leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży to pomoc ambulatoryjna, czyli **Poradnie Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży** oraz **Oddziały Dienne Psychiatryczne dla Dzieci i Młodzieży**. W poradniach i oddziałach dziennych pracują lekarze psychiatry dzieci i młodzieży, jak również psycholodzy i psychoterapeuci. W poradniach możliwa jest formalna diagnoza psychiatryczna ADHD i diagnoza zaburzeń towarzyszących. To miejsce, którego zadaniem jest orzecznictwo (opiniowanie i wystawianie wszelkiego rodzaju zaświadczeń dla potrzeb systemu edukacji, systemu pomocy społecznej czy innych specjalistów medycznych). W poradniach zdrowia psychicznego jest możliwe prowadzenie w razie potrzeby leczenia farmakologicznego zarówno zespołu nadpobudliwości psychoruchowej, jak i innych zaburzeń. Jeśli pomoc oferowana przez poradnie (często we współpracy z ośrodkami pierwszego poziomu) okazuje się niewystarczająca, kolejnym etapem opieki na drugim poziomie jest intensywna opieka ambulatoryjna, jaką zapewniają oddziały dzienne. Część oddziałów dziennych psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży dysponuje szkołą przy oddziale, leczenie łączy się więc z nauką szkolną, inne oddziały nie mają szkół i zajęcia w nich odbywają się popołudniami. Leczenie na oddziale dziennym jest leczeniem intensywnym, wymagana jest obecność dziecka przez przynajmniej 4 dni w tygodniu po kilka godzin dziennie, pobyty są niekiedy dość długie (nawet kilkumiesięczne) – i dlatego takie pobyty są zalecane wtedy,

gdy niezbędne są długotrwałe i intensywne oddziaływania terapeutyczne, związane zarówno z samym dzieckiem, jak i z jego otoczeniem.

Trzeci poziom opieki stanowią **oddziały stacjonarne psychiatrii dzieci i młodzieży**.

W przypadku dziecka z ADHD skrajnie rzadko ta właśnie diagnoza jest powodem hospitalizacji. Pobyt na oddziale stacjonarnym zarezerwowany jest dla zachowań zagrażających życiu (samobójczych) u dzieci, osób, u których z ADHD współwystępują inne poważne zaburzenia psychiczne, w tym zaburzenia depresyjne, zaburzenia psychotyczne, uniemożliwiające prowadzenie leczenia ambulatoryjnego (w poradniach i oddziałach dziennych).

2.2. Standardy opieki

Dość często w różnych zaleceniach pojawia się sformułowanie, że dana terapia jest lub powinna być zgodna ze standardami.

Czym zatem są standardy w medycynie?

Tworzy się je po to, aby ustalić pewne minimalne wymagania, które powinna spełniać opieka nad pacjentem z określonym rozpoznaniem bądź problemem medycznym.

Standardy zawsze opierają się na aktualnej wiedzy (stąd konieczność ich aktualizowania), aczkolwiek często mają one charakter dość zachowawczy, czyli zalecają takie metody, które znane są już dość długo i co do których skuteczności i bezpieczeństwa środowisko medyczne ma szeroką wiedzę. Standardy nie są ścisłym przepisem, co należy robić w przypadku każdego dziecka, raczej wskazują na to, jakie oddziaływania nie powinny zostać pominięte.

To, że w standardach nie znalazła się jakaś metoda terapeutyczna, nie znaczy, że jest ona nieskuteczna albo mało skuteczna, bardzo często zbyt mało jest dowodów na jej skuteczność wynikających ze skrupulatnie prowadzonych badań.

Standardy mają pomóc zarówno profesjonalistom, jak i samym pacjentom bądź ich rodzinom w podjęciu decyzji o wyborze odpowiednich metod oddziaływania, biorąc pod uwagę szanse na sukces terapeutyczny, ilość koniecznego wysiłku, zaangażowania czasowego, a w sytuacji leczenia w systemie komercyjnym także finansowego.

W przypadku niemal każdej rodziny dziecka z zaburzeniami neurorozwojowymi mamy do czynienia z ograniczeniami czasowymi i często też finansowymi, dlatego bardzo ważna może

okazać się odpowiedź, które z dostępnych metod leczenia wybrać, dysponując ograniczonymi zasobami. Oczywiście dziecko z ADHD może uczestniczyć trzy razy w tygodniu w zajęciach hipoterapii i zapewne w niczym to mu nie zaszkodzi, pytanie jednak, czy tych trzech popołudni w tygodniu nie można by lepiej wykorzystać na uczestnictwo w takich oddziaływaniach, których skuteczność w leczeniu zespołu nadpobudliwości psychoruchowej jest lepiej udowodniona.

Polskie [Standardy organizacyjne i merytoryczne dla podmiotów nowego modelu systemu ochrony zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży](#) są dostępne online, zostały opracowane na zlecenie Ministerstwa Zdrowia i opublikowane w 2023 roku.

Skierowane są one do profesjonalistów, lecz warto omówić ich część dotyczącą zespołu nadpobudliwości psychoruchowej, aby ułatwić współpracę między psychologami, lekarzami, terapeutami środowiskowymi a rodzicami, samymi pacjentami i nauczycielami.

2.3. Zasady postępowania terapeutycznego

ADHD wpływa na bardzo wiele obszarów: dotyczy życia rodzinnego, nauki szkolnej, zachowania, kontaktów rówieśniczych, a także – o czym czasami zapominamy – zdrowia fizycznego w związku ze skłonnością do urazów. Myśląc o planowaniu oddziaływań terapeutycznych, musimy zaakceptować fakt, że osobą ADHD się jest, objawy z wiekiem u większości osób mają tendencję do zmniejszania się, lecz zwykle są obecne przez wiele lat.

Oddziaływania terapeutyczne powinny zmniejszyć negatywny wpływ objawów na funkcjonowanie i pozwolić na realizację planów życiowych.

Oznacza to, że interwencje różnego rodzaju mogą trwać wiele lat, jak długo są potrzebne. Do podstawowych oddziaływań, które powinno otrzymać dziecko z ADHD, należy na pewno psychoedukacja, czyli zapoznanie zarówno samego pacjenta, jak i jego bliskich, ale też otoczenia, z tym, czym jest ADHD, jak objawy wpływają na funkcjonowanie, co utrudniają. Psychoedukacja zawiera także informacje dla rodziców i nauczycieli dotyczące metod wychowawczych i metod nauczania, które pomogą dziecku jak najlepiej funkcjonować. Elementem postępowania jest wsparcie samego pacjenta, wytłumaczenie jego trudności. Wesprzeć trzeba również rodziców, ponieważ wychowanie dziecka z każdym zaburzeniem neurorozwojowym jest bardzo trudnym zadaniem, często wypalającym i wiążącym się z ryzykiem negatywnego myślenia o dziecku, a także o sobie jako rodzicu.

Konieczna jest również praca z samym pacjentem, polegająca na uczeniu go zaakceptowania części swoich objawów, ale też radzenia sobie z nimi – im jest starszy, tym bardziej niezbędne

stają się takie działania. Bardzo ważnym elementem leczenia jest stałe sprawdzanie, czy nie pojawiają się powikłania ADHD. Jeśli się pojawiają, to bardzo ważne jest ich wczesne rozpoznanie i rozpoczęcie odpowiedniego postępowania. Jak już wspomniano, potrzeby dziecka dorastającego, a potem dorosłego z ADHD będą się zmieniać z wiekiem.

W przypadku młodszych dzieci na początku nauki szkolnej główna praca ukierunkowana jest na rodziców, aby byli w stanie pomóc swoim dzieciom.

W przypadku nastolatków pracujemy także z nimi, wzmacniamy sposoby zmniejszania dolegliwości objawów ADHD, jak również odnosimy się do zagrożeń, takich jak ryzyko uzależnień czy skłonność do wypadków.

Zalecane postępowanie różni się w zależności od nasilenia objawów. Gdy nie są one bardzo nasilone, postępowaniem z wyboru są oddziaływania psychospołeczne: wspomniana już psychoedukacja, terapia behawioralna, ułatwienia edukacyjne (obejmujące dostosowane do problemów ucznia wsparcie w szkole). Gdy objawy są bardzo nasilone lub obecne są powikłania, warto rozważyć farmakoterapię, lecz zawsze w połączeniu z oddziaływaniami psychospołecznymi.

2.4. Diagnoza ADHD

Każde oddziaływanie terapeutyczne powinno zostać poprzedzone diagnozą. Już pierwszy polski standard ([Standardy organizacyjne i merytoryczne dla podmiotów nowego modelu systemu ochrony zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży](#)) zwraca uwagę na pozornie oczywisty fakt, że o diagnozie ADHD warto pomyśleć u każdego dziecka, dla którego szuka się pomocy profesjonalnej ze względu na problemy w nauce lub zachowaniu. Jest to o tyle istotne, że zarówno rodzice, jak też nauczyciele i profesjonaliści mają pewne wyobrażenia na temat zachowania dziecka z ADHD i wyobrażenia te mogą spowodować np. opóźnienie diagnozy – przykładowo u dziewczynki z objawami wyłącznie nieuwagi, która nie biega po klasie, nie przeszkadza, jest miła i grzeczna, lecz ma narastające trudności w nauce, co przekłada się na jej negatywne myślenie o sobie.

Diagnoza powinna być zawsze oparta nie tylko na analizie wypełnionych kwestionariuszy lub wyników testów, lecz także na informacjach zebranych od rodziców (opiekunów), samego dziecka i pozyskanych ze szkoły – w tym szczegółowy wywiad z rodzicami i rozmowa z samym dzieckiem.

Niektórzy rodzice oczekują diagnozy szybko, tymczasem zwykle nie jest ona możliwa podczas jednej wizyty. Aby skutecznie pomóc dziecku z ADHD, trzeba zebrać informacje nie tylko o objawach tego jednego zaburzenia, ale też o wszystkich innych zgłaszanych trudnościach i objawach, mocnych stronach dziecka i jego rodziny oraz tym, co utrudnia funkcjonowanie. Postawienie diagnoz zaburzeń towarzyszących jest kluczowe w planowaniu terapii, bo nie zawsze objawy ADHD są jedyną bądź najważniejszą przyczyną problemów dziecka i pominięcie np. specyficznych trudności szkolnych (dysleksji, dyskalkulii) może stać się przyczyną niepowodzeń w terapii, podobnie jak skupienie się na objawach ADHD u nastolatka z tym rozpoznaniem, lecz także z depresją, która może stanowić w danym momencie bardziej istotny problem.

Pełna diagnoza jest podstawą psychoedukacji, czyli przedstawienia wszystkim zaangażowanym pewnej wizji przyczyn obecnej sytuacji (w której zdecydowano o potrzebie profesjonalnej pomocy). Pomaga ona w zrozumieniu, które zachowania dziecka wynikają z ADHD, które z objawów innych zaburzeń, a które są zachowaniami niepożądanymi typowymi dla każdego dziecka.

Taka wiedza chroni z jednej strony przed obwinianiem dziecka (a czasami i siebie) za objawy, a z drugiej przed przypisywaniem wszystkich problemów czynnikom biologicznym, nie pozwala też odsunąć konieczności wprowadzenia zmian w funkcjonowaniu systemu rodzinnego.

Opieka nad dzieckiem z ADHD musi być oparta na współpracy i zaangażowaniu rodziców i innych osób ważnych w życiu dziecka, w tym nauczycieli.

W tym miejscu warto przywołać pojęcie sojuszu terapeutycznego, polegającego na zgodzie na zaproponowany plan i zaakceptowaniu zadań wszystkich osób dorosłych i samego dziecka. Dorośli mają tendencje do preferowania interwencji skierowanych na dziecko, a więc terapii indywidualnej, grupowej lub farmakoterapii. Dlatego podczas psychoedukacji tak ważne jest uzyskanie zgody na przedstawiony plan postępowania wszystkich zaangażowanych. Warto zawsze pamiętać, że zaproponowanie rodzicom uczestnictwa w warsztatach dla rodziców (treningach umiejętności rodzicielskich) nie oznacza, że są oni złymi lub niekompetentnymi rodzicami – oznacza natomiast, że ze względu na rozpoznanie u swojego dziecka wymagają dodatkowej wiedzy i umiejętności, by mu pomóc. Podobnie wizyta terapeuty środowiskowego dzieci i młodzieży w szkole nie oznacza, że nauczyciele źle uczą – jest to sposobem wsparcia ich we wprowadzeniu zmian w sposobach nauczania i radzenia sobie z zachowaniami niepożądanymi dla dobra dziecka.

2.5. Oddziaływania psychospołeczne

Psychoedukacja jest podstawą wszystkich dalszych oddziaływań. Tylko grupa osób, która się wzajemnie rozumie i ma poczucie wspólnego celu może skutecznie pracować. Ważne, by rodzice mieli możliwość uzyskania odpowiedzi na wszystkie swoje pytania, by mogli wyrazić także swoje wątpliwości, powiedzieć, że coś jest dla nich niejasne. Psychoedukacja w odniesieniu do dziecka powinna korzystać z języka dostosowanego do wieku, czasami rodzic może także porozmawiać z dzieckiem na temat tego, czego dowiedziało się od profesjonalisty, bo tylko wtedy może to pomóc dziecku wyjść z roli niegrzecznego lub leniwego.

Terapia dziecka z ADHD zależy od jego wieku. W przypadku dzieci przedszkolnych i szkolnych za najbardziej skuteczne uważa się oddziaływania o charakterze treningów rodzicielskich, prowadzone grupowo lub indywidualnie. W przypadku uczniów dochodzą do tego interwencje w szkole, także dotyczące już samego ucznia, jak choćby udział w treningach umiejętności społecznych lub treningach rozwiązywania problemów. W przypadku nastolatków utrzymuje się te same oddziaływania, lecz warto pamiętać, że zamiast treningów dla samych rodziców bardziej przydatne mogą się okazać spotkania całej rodziny, poświęcone np. negocjowaniu obowiązujących zasad i podziału obowiązków. Ponieważ okres dorastania jest często momentem ujawniania się powikłań ADHD, potrzebna może okazać się terapia indywidualna lub grupowa.

Podstawową wiedzą, którą powinni nabyć w trakcie treningów rodzice, a w ramach interwencji w szkole także nauczyciele, jest to, jak przystosować otoczenie dziecka z ADHD, aby mogło ono funkcjonować w sposób najbardziej optymalny.

Są to niekiedy bardzo proste interwencje, niekiedy zaś wymagające zmiany nawyków ze strony rodziców i nauczycieli. Należą do nich:

- ograniczenie bodźców docierających do dziecka w czasie wykonywania przez nie zadań wymagających skupienia (uporządkowane miejsce pracy, „puste biurko”, z dala od okna, nadzór osoby dorosłej, w szkole sadzanie w ławce samemu lub ze spokojnym uczniem, umieszczanie w możliwie mało licznej klasie, wprowadzenie nauczyciela towarzyszącego);
- zmniejszenie liczby zadań wykonywanych jednorazowo, skracanie czasu pracy (dzielenie materiału, przerwy, sprawdzanie przez osobę dorosłą);
- pomoc w selekcji informacji i planowaniu pracy, wybieraniu najważniejszych zadań, planowaniu pracy;

- dostosowany do dziecka z zaburzeniami uwagi sposób wydawania poleceń (krótkie, jednoznaczne komunikaty, bez stosowania przeczeń, po przywołaniu uwagi dziecka);
- strukturyzacja dnia oraz korzystanie z zewnętrznych narzędzi organizacyjnych, takich jak tworzenie planów, wprowadzanie rutyn, korzystanie z narzędzi technologicznych.

Drugim podstawowym elementem warsztatów rodzicielskich jest wprowadzenie elementów terapii behawioralnej, której celem jest nagradzanie zachowań pożądanых, prawidłowych oraz umożliwienie wprowadzenia konsekwencji negatywnych zachowań niepożądanych. Terapia behawioralna w przypadku dzieci z ADHD ma bardzo duże znaczenie i udowodnioną skuteczność, gdyż ze względu na swoje objawy stosunkowo rzadko są one nagradzane za pożądane zachowania (pojawiają się one rzadko i są przez otoczenie interpretowane jako objaw „normalności”, a nie powód do nagrodzenia). W czasie warsztatów rodzice mają okazję nauczenia się chwalenia dziecka, zwracania uwagi na każde prawidłowe zachowanie. Innym ważnym elementem terapii behawioralnych jest wprowadzenie konsekwencji w przypadku zachowań trudnych – należy zauważyć, że większość rodziców dzieci z ADHD wprowadza mnóstwo konsekwencji i kar, jednocześnie zapominając, że ze względu na szczególne cechy uwagi ich dziecka są one skuteczne tylko wtedy, kiedy są natychmiastowe i powtarzalne, a niekoniecznie bardzo dotkliwe. Gdy zachowanie jest bardzo trudne, wprowadza się nieco bardziej zaawansowane metody postępowania, takie jak zbieranie punktów za prawidłowe zachowanie, czyli systemy punktowe i systemy żetonowe. W czasie treningów rodzice mają możliwość wprowadzenia wszelkich nowych metod i podczas kolejnych (zazwyczaj cotygodniowych) spotkań omawiają ich skuteczność, zmieniają, dostosowują do siebie i swojego dziecka.

2.6. Leczenie farmakologiczne

Interwencje psychospołeczne w ADHD są niezwykle istotne, lecz nie zawsze wystarczające.

Jeśli w ciągu 3 miesięcy prawidłowo prowadzonych oddziaływań nie udaje się osiągnąć wystarczającej poprawy bądź od samego początku objawy są bardzo znacznie nasilone, utrudniając funkcjonowanie dziecka, zaburzając życie rodzinne i negatywnie wpływając na edukację, a wprowadzenie oddziaływań psychospołecznych jest niedostępne, warto rozważyć leczenie farmakologiczne.

Propozycja włączenia leczenia farmakologicznego może być bardzo trudna dla rodziców i samego dziecka, budzić lęk, dlatego tak ważne jest, by zarówno rodzic, jak i samo dziecko mieli możliwość otrzymania pełnej informacji o planowanym leczeniu. Konieczne jest także

uzyskanie zgody samego dziecka na leczenie, mimo że prawnie nie jest ona wymagana przed 16 r.ż., ale tylko jeśli dziecko zgadza się, możemy oczekiwać jego współpracy, samoobserwacji, zgłaszania działań niepożądanych bądź niedogodności związanych z leczeniem. Ocena zarówno skuteczności leczenia, jak i jego bezpieczeństwa wymaga współpracy ze strony samego pacjenta, a także rodziców i nauczycieli.

Decyzję o wyborze leku podejmuje lekarz, kierując się wiekiem dziecka, jego stanem fizycznym, współwystępowaniem innych problemów somatycznych i psychicznych, możliwością wystąpienia powikłań w trakcie leczenia, uwzględniając także dane dotyczące obciążeń rodzinnych pacjenta (np. chorobami układu krążenia). Przez cały czas prowadzonego leczenia obowiązuje kontrolowanie występowania ewentualnych objawów ubocznych – monitorowanie parametrów układu krążenia (ciśnienia tętniczego, tętna), przeprowadzanie pomiarów ciężaru ciała, wzrostu oraz badań dodatkowych w miarę potrzeb.

W leczeniu farmakologicznym ADHD stosuje dwie zasadnicze grupy leków: leki psychostymulujące (metylofenidat, deksamfetamina, lisdeksamfetamina) i niestymulujące (w Polsce zarejestrowany jest jeden lek, atomoksetyna, prawdopodobnie w roku 2025 zarejestrowana zostanie także guanfacyna). Wspólną cechą leków psychostymulujących jest ich dość ograniczony czas działania, w zależności od leku i preparatu wynosi on od 2–3 do kilkunastu godzin. Oznacza to, że zawsze w ciągu doby będą momenty, w czasie których dziecko nie jest leczone i że w pewien sposób rozpoczynamy leczenie na nowo każdego dnia. Ograniczenia czasu działania wymagają bardzo dokładnej obserwacji ze strony zarówno rodziców, jak i nauczycieli. Niezwykle ważne jest takie dobranie leku i preparatu, by jego działanie obejmowało te okresy dnia, gdy od dziecka wymagamy skupienia uwagi i pohamowania nadruchliwości. Należy także pamiętać, że jesteśmy różni i przewidziany dla danego preparatu czas działania może być u danego pacjenta krótszy lub dłuższy niż oczekiwany.

Podczas wprowadzania leczenia niezwykle ważne jest obserwowanie nie tylko poprawy u dziecka, lecz także tego, kiedy ma ona miejsce. Może się okazać, że nie widzimy poprawy, gdyż dawka leku jest zbyt niska, ale jednocześnie możemy jej nie dostrzegać, bo obserwujemy dziecko wtedy, kiedy trudno się już spodziewać działania leku. Dopasowanie dawki preparatu (a czasami też częstotliwości jego podawania) jest żmudnym procesem wymagającym zaangażowania ze strony wszystkich (samego dziecka, rodzica, nauczyciela). W przypadku obserwacji funkcjonowania dziecka w szkole ważne jest, by była ona prowadzona z rozróżnieniem na poszczególne lekcje, dla lekarza bowiem zupełnie co innego może znaczyć niewłaściwe zachowanie dziecka, które powtarza się na pierwszej lekcji, a zupełnie czym innym będzie stałe niewłaściwe zachowanie dziecka na lekcji ósmej.

Leki niestymulujące działają nieco inaczej: ich czas działania jest długi, dochodzi do powstania stałego stężenia leku we krwi, ale też długo czekamy na ich skuteczność. W przypadku atomoksetyny i guanfacyny pełen efekt leczenia może pojawić się po 4 a nawet 6 tygodniach, stąd zanim uznamy, że jakaś dawka jest nieskuteczna, potrzebna jest duża doza cierpliwości.

Wszystkie leki stosowane w leczeniu ADHD mają dość zbliżone działania niepożądane. Obejmują one wpływ na układ krążenia, zwykle przejawiający się przyspieszeniem pracy serca i nieznacznym wzrostem ciśnienia tętniczego, wpływ na łaknienie, który powoduje, że dziecko może mniej jeść, a przy nieodpowiednim nadzorze nawet chudnąć lub nie przybierać na wadze, co może doprowadzić nawet do zahamowania wzrostu. Innym wspólnym działaniem niepożądanym jest ryzyko wzrostu rozdrażnienia, drażliwości czy niepokoju, zwłaszcza na początku leczenia lub po zwiększeniu dawki leku.

Bardzo charakterystycznym działaniem niepożądanym leków psychostymulujących jest bezsenność, która może wymagać zmiany godziny podawania leku a nawet zmiany preparatu, a także niekiedy pojawianie się objawów „z odbicia” (wzrost niepokoju po zaprzestaniu działania leku).

Leczenie farmakologiczne prowadzi się tak długo, jak długo jest niezbędne. Okresowo, np. w okresie wakacji, możliwe jest odstawianie leków w celu oceny, czy dalsze leczenie jest niezbędne.

Literatura

Castellanos, F. X., Sonuga-Barke, E. J., Milham, M. P., Tannock, R. (2006). Characterizing cognition in ADHD: Beyond executive dysfunction. *Trends in Cognitive Sciences*, 10(3), 117–123.

<https://doi.org/10.1016/j.tics.2006.01.011>

Chang, Z., Lichtenstein, P., Halldner, L., D'Onofrio, B., Serlachius, E., Fazel, S., Långström, N., Larsson, H. (2014). Stimulant ADHD medication and risk for substance abuse. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 55(8), 878–885.

<https://doi.org/10.1111/jcpp.12164>

Cortese, S., Adamo, N., Del Giovane, C., Mohr-Jensen, C., Hayes, A. J., Carucci, S., Atkinson, L. Z., Tessari, L., Banaschewski, T., Coghill, D., Hollis, C., Simonoff, E., Zuddas, A., Barbui, C., Purgato, M., Steinhausen, H. C., Shokraneh, F., Xia, J., Cipriani, A. (2018). Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 5(9), 727–738.

[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30269-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30269-4)

Coghill, D., Banaschewski, T., Cortese, S., Asherson, P., Brandeis, D., Buitelaar, J., Daley, D., Danckaerts, M., Dittmann, R. W., Doepfner, M., Ferrin, M., Hollis, C., Holtmann, M., Paramala, S., Sonuga-Barke, E., Soutullo, C., Steinhausen, H. C., Van der Oord, S., Wong, I. C. K., Zuddas, A., [...] Simonoff, E. (2023). The management of ADHD in children and adolescents: Bringing evidence to the clinic: Perspective from the European ADHD Guidelines Group (EAGG). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(8), 1337–1361. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01871-x>

Cunill, R., Castells, X., Tobias, A., Capellà, D. (2013). Atomoxetine for attention deficit hyperactivity disorder in the adulthood: A meta-analysis and meta-regression. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 22(9), 961–969. <https://doi.org/10.1002/pds.3473>

Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M. A., Newcorn, J. H., Gignac, M., Al Saud, N. M., Manor, I., Rohde, L. A., Yang, L., Cortese, S., Almagor, D., Stein, M. A., Albatti, T. H., Aljoudi, H. F., Alqahtani, M. M. J., Asherson, P., Atwoli, L., [...] Wang, Y. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 128, 789–818.

<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022>

- Greenhill, L. L., Swanson, J. M., Hechtman, L., Waxmonsky, J., Arnold, L. E., Molina, B. S. G., Hinshaw, S. P., Jensen, P. S., Abikoff, H. B., Wigal, T., Stehli, A., Howard, A., Hermanussen, M., Hanć, T., MTA Cooperative Group. (2020). Trajectories of growth associated with long-term stimulant medication in the multimodal treatment study of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(8), 978–989.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.06.019>
- Harold, G. T., Leve, L. D., Barrett, D., Elam, K., Neiderhiser, J. M., Natsuaki, M. N., Shaw, D. S., Reiss, D., Thapar, A. (2013). Biological and rearing mother influences on child ADHD symptoms: Revisiting the developmental interface between nature and nurture. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 54(10), 1038–1046. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12100>
- James, S. N., Cheung, C. H. M., Rijdsdijk, F., Asherson, P., Kuntsi, J. (2016). Modifiable arousal in attention-deficit/hyperactivity disorder and its etiological association with fluctuating reaction times. *Biological Psychiatry. Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 1(6), 539–547.
<https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2016.06.003>
- Jensen, C. M., Steinhausen, H. C. (2015). Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 7(1), 27–38. <https://doi.org/10.1007/s12402-014-0142-1>
- McInerney, R. J., Kerns, K. A. (2003). Time reproduction in children with ADHD: Motivation matters. *Child Neuropsychology*, 9(2), 91–108. <https://doi.org/10.1076/chin.9.2.91.14506>
- Posner, J., Polanczyk, G. V., Sonuga-Barke, E. (2020). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 395(10222), 450–462. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)33004-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)33004-1)
- Rabiner, D. L. (2013). Stimulant prescription cautions: Addressing misuse, diversion and malingering. *Current Psychiatry Reports*, 15(7), 375. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0375-2>
- Reale, L., Bartoli, B., Cartabia, M., Zanetti, M., Costantino, M. A., Canevini, M. P., Termine, C., Bonati, M., Lombardy ADHD Group. (2017). Comorbidity prevalence and treatment outcome in children and adolescents with ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(12), 1443–1457.
<https://doi.org/10.1007/s00787-017-1005-z>
- Schwartz, S., Correll, C. U. (2014). Efficacy and safety of atomoxetine in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: Results from a comprehensive meta-analysis and metaregression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(2), 174–187.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.11.005>

Sergeant, J. (2000). The cognitive-energetic model: An empirical approach to attention-deficit hyperactivity disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 24(1), 7–12.

[https://doi.org/10.1016/s0149-7634\(99\)00060-3](https://doi.org/10.1016/s0149-7634(99)00060-3)

Rozdział III

Uczeń z ADHD w zespole zróżnicowanym – strategie pracy nauczycieli przedmiotów

Praca w szkole XXI wieku to nie lada wyzwanie dla nauczycieli. Przed specjalistami stoi szereg trudności, z którymi przychodzi im się mierzyć. Coraz więcej dzieci przejawia zarówno problemy zdrowotne, w zakresie koncentracji uwagi, objawy całościowych zaburzeń rozwoju, tiki, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne itp., jak i trudności w zachowaniu. Poradzenie sobie z deficytami przejawianymi przez uczniów wymaga od nauczycieli systematycznego pogłębiania wiedzy, opracowywania stosownych oddziaływań, a także dostosowywania metod i form pracy do możliwości psychofizycznych dzieci.

Do uczniów potrzebujących wsparcia nauczycieli należą dzieci, u których zdiagnozowano zespół nadpobudliwości psychoruchowej. Młode osoby z ADHD potrzebują wdrożenia odpowiednich oddziaływań tak, by mogły funkcjonować w szkole i nabywać wiedzę pomimo występowania kłopotów z koncentracją uwagi, nadruchliwością i impulsywnością. Wdrożenie proponowanych przez specjalistów oddziaływań przekłada się realnie na jakość życia nadpobudliwych uczniów, jak i zmniejszenie nasilenia ich objawów. Nie jest to łatwe zadanie, zwłaszcza gdy nauczycielowi przyjdzie pracować w zróżnicowanej i często licznej klasie. Działaniu szkolnych specjalistów nieraz towarzyszyć będzie frustracja, zmęczenie czy poczucie bezradności. Warto jednak podjąć ten wysiłek, gdyż efekty tej ciężkiej i mozolnej pracy dla ucznia, klasy i samego nauczyciela z czasem okażą się warte każdej zainwestowanej w nie chwili i energii. Właściwe wsparcie nadpobudliwego ucznia będzie sprzyjać również zmniejszeniu czy też wyeliminowaniu pojawiających się powikłań (niskiej samooceny, depresji, zachowań opozycyjno-buntowniczych, poważnych zaburzeń zachowania, słabych wyników szkolnych, nieadekwatnych do możliwości dziecka).

Należy pamiętać, że jednym z najistotniejszych czynników warunkujących powodzenie dziecka w szkole jest osoba nauczyciela (Barkley, 2020, s. 340). Nie chodzi tu o rodzaj programu edukacyjnego stosowanego przez szkołę, lokalizację placówki oraz to, czy jest ona prywatna czy publiczna. Zdaniem Russella Barkleya nawet liczebność klasy nie jest tak ważna. Podstawowe znaczenie ma osoba nauczyciela, jego doświadczenie w zakresie ADHD i chęć podjęcia dodatkowego wysiłku i zrozumienia, których potrzebuje nadpobudliwy uczeń, by dobrze funkcjonować w szkole.

Do charakterystycznych cech nauczyciela, od którego zależy sukces edukacyjny dziecka z ADHD, możemy zaliczyć:

- cierpliwość,
- wiedzę o ADHD,
- znajomość technik nauczania niezbędnych w radzeniu sobie w klasie z objawami zespołu nadpobudliwości psychoruchowej,
- umiejętność nawiązywania współpracy z zespołem interdyscyplinarnym w sprawach dotyczących leczenia dziecka,
- pozytywne nastawienie wobec dzieci ze specjalnymi potrzebami (Barkley, 2020, s. 340).

Pozytywna relacja nauczyciel – uczeń może przyczynić się do poprawy edukacyjnego i społecznego funkcjonowania dziecka.

Poniżej przedstawiono strategie radzenia sobie z objawami ADHD w szkole. Jeśli nauczyciele będą systematycznie stosować opisane metody, to nadpobudliwi uczniowie zdecydowanie lepiej będą odnajdywali się w codzienności szkolnej.

3.1. ADHD a niepożądane zachowania

Uczeń, u którego zdiagnozowano zespół nadpobudliwości psychoruchowej, przejawia trudności w zakresie koncentracji uwagi, nadruchliwości oraz impulsywności. Często jednak ADHD mylnie interpretuje się jako zaburzenie, do którego podstawowych objawów zalicza się niepożądane zachowania. Nieraz można spotkać się ze stwierdzeniem, że nadpobudliwe dziecko to niewychowane dziecko, które nie przestrzega norm i zasad, bije, krzyczy czy wybucha złością.

Nierzadko zdarza się, iż dorośli mylnie interpretują symptomy ADHD jako celowe zachowania. Nadpobudliwe dzieci starają się zachowywać prawidłowo. Często jednak podejmowane przez nie próby kończą się porażką.

Uczniowie z ADHD nie są w stanie spełnić oczekiwań nauczycieli mimo podejmowanego wysiłku – podobnie jak dzieci słabosłyszące, które przyszły do szkoły bez aparatu słuchowego i starają się wypełniać polecenia.

Specjaliści pracujący z nadpobudliwymi dziećmi powinni:

- nauczyć się rozpoznawać objawy ADHD,

- zaakceptować ADHD, co oznacza, że należy przyjąć, iż dziecko się nie zmieni i symptomy zespołu nadpobudliwości psychoruchowej będą częścią jego codziennego funkcjonowania,
- włączać strategie, które pomogą ich nadpobudliwym podopiecznym lepiej poradzić sobie w sferach zaburzonych przez problemy z koncentracją, nadruchliwością i impulsywnością,
- pamiętać, iż nie należy karać dzieci za objawy nadpobudliwości psychoruchowej (tak jak nie ukaralibyśmy niedowidzącego dziecka, które nie potrafi odczytać zadania, ponieważ zapomniało okularów),
- poszerzyć wiedzę na temat ADHD i niepożądanych zachowań – nauczyciel powinien umieć odróżniać objawy zespołu nadpobudliwości psychoruchowej od niepożądanych zachowań. Należy pamiętać, iż strategie postępowania w obu przypadkach są inne.

Martin Kutscher (2009, s. 117) radzi, by nie brać do siebie złego zachowania. Odpowiedź na pytanie „Dlaczego on nie może słuchać tak jak inne dzieci?” brzmi: „Bo nie potrafi wyłączyć swojego ADHD”. To nic osobistego.

Tabela 1

ADHD a niepożądane zachowania

ADHD	NIEPOŻĄDANE ZACHOWANIE
Pstryka długopisem, po zwróceniu uwagi przestaje	Pstryka długopisem, po zwróceniu uwagi nie przestaje, często wchodząc w dyskusję z nauczycielem
Dużo mówi, często odzywa się bez pytania	Arogancko odpowiada na pytania nauczyciela, przerywa lekcję złośliwymi komentarzami
Chodzi po klasie, prosi o możliwość zatemperowania ołówka czy wyjścia do toalety	Chodzi po klasie bez zgody nauczyciela, zdarza się, że wchodzi na ławki, tańczy, przechadzając się po sali
Rysuje po zeszytach w czasie słuchania nauczyciela	Rysuje obraźliwe rysunki, tworzy memy
W czasie lekcji bawi się przedmiotami, które ma w piórniku	Wyjmuje komiks, twierdząc, że jest ciekawszy od trwającej właśnie lekcji
Gubi przybory szkolne	Celowo niszczy ołówki, długopisy
Zapomina wziąć książek do domu i nie może odrobić zadanej pracy	Celowo nie bierze książek i ćwiczeń do domu, bo nie chce odrabiać lekcji

Źródło: oprac. aut.

Specjaliści w czasie kolejnych konsultacji z rodzicami czy nauczycielami mogą dostrzec, że zespołowi nadpobudliwości psychoruchowej mylnie przypisuje się objawy, które symptomami ADHD nie są. Warto zatem przeanalizować zachowanie dziecka i dobrać właściwe oddziaływanie do przejawianych przez nie zachowań.

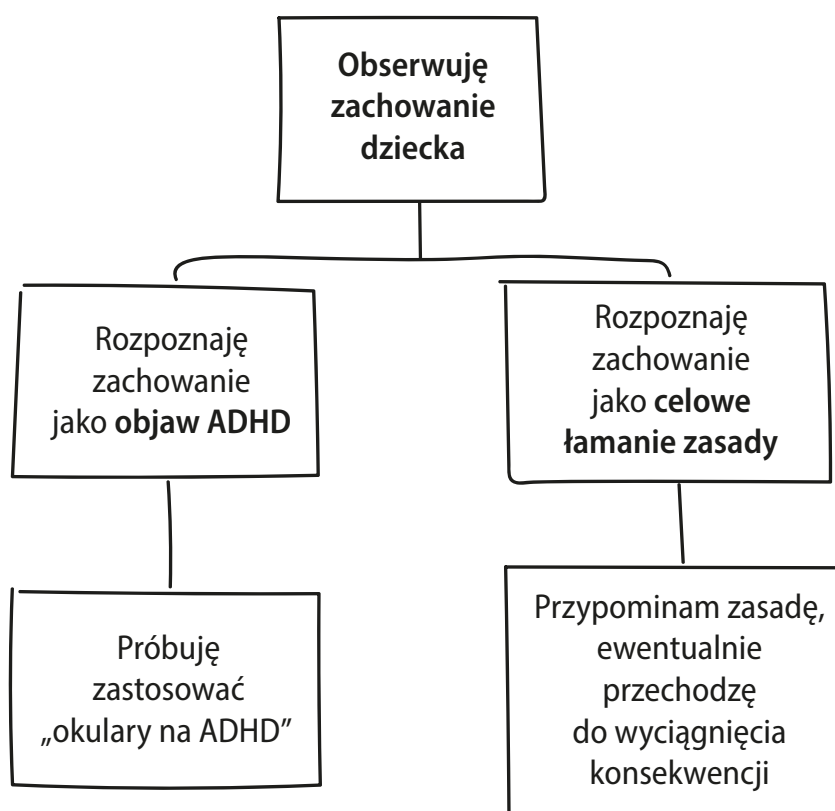
Tabela 2
Objaw a oddziaływanie

OBJAW	„ROBOCZE” ROZPOZNANIE	ODDZIAŁYWANIE
Bije, niszczy przedmioty w złości	Niepożądane zachowanie; trudności w radzeniu sobie z emocjami	Kodeks złości Trening radzenia sobie z emocjami
Szarpie, popycha	Chęć zwrócenia na siebie uwagi kolegi lub koleżanki	Trening rozwijający umiejętności społeczne
	Trudności w zakresie integracji sensorycznej	Diagnoza rozwoju procesów integracji sensorycznej Włączenie terapii integracji sensorycznej
	Niepożądane zachowanie	System przywilej – zasada – konsekwencja Trening rozwijający umiejętności społeczne i radzenie sobie z emocjami
Porusza rękami, „kręci” nimi, wydaje dźwięki	Całościowe zaburzenia rozwoju	Diagnoza i wprowadzenie strategii radzenia sobie z objawami autyzmu lub zespołu Aspergera
	Tiki	Diagnoza Różnicowanie z PANDAS Trening relaksacyjny Terapia tików
	ADHD	Wprowadzenia okularów na ADHD (strategii postępowania z deficytami uwagi, impulsywności, nadpobudliwości) Warsztaty dla rodziców
Przeklina	Niepożądane zachowanie	System przywilej – zasada – konsekwencja lub Kodeks złości Trening rozwijający umiejętności społeczne i radzenie sobie z emocjami
	Koprolalia (tiki)	Terapia tików

Źródło: oprac. aut.

Rysunek 1

Kiedy warto skorzystać ze strategii „okulary na ADHD”

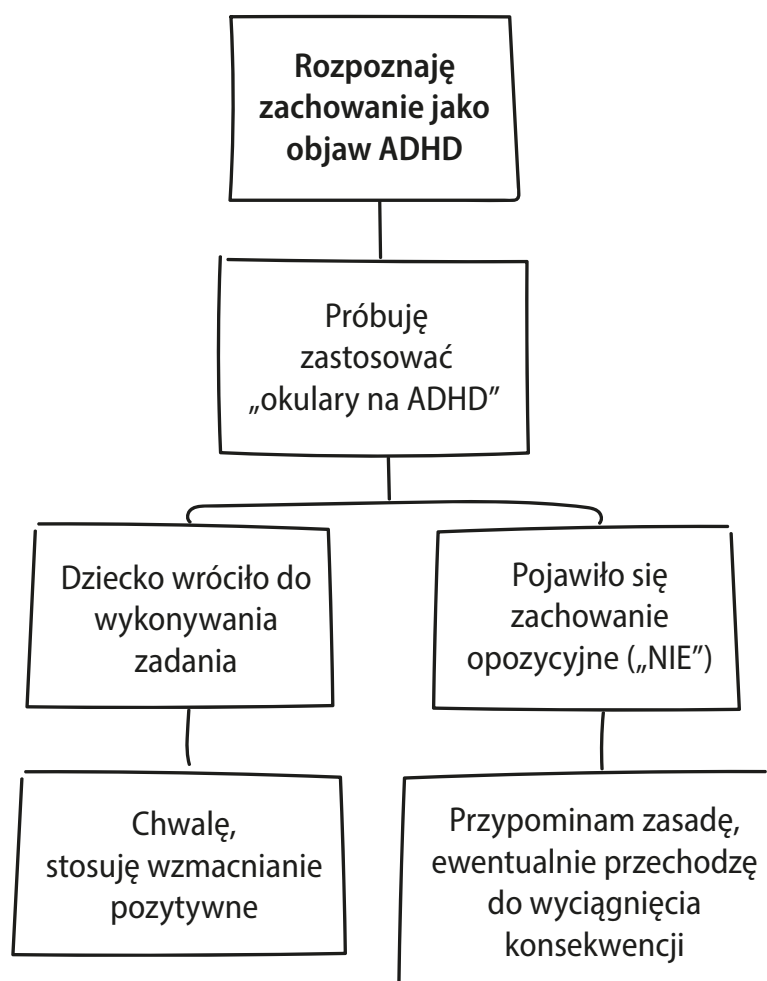


Źródło: oprac. aut. na podstawie Jerzak i Kołakowski, 2015, s. 82.

Objawy ADHD mogą współwystępować z niepożądanymi zachowaniami. Pomimo stosowania właściwych strategii postępowania, związanych z symptomami zaburzenia, nadpobudliwi uczniowie odmawiają pracy na lekcji, nie chcą zaznaczyć pracy domowej czy wykonać polecenia nauczyciela. Wówczas istotne jest wprowadzenie dodatkowych oddziaływań, które będą nakierowane na radzenie sobie z niepożądanymi zachowaniami.

Rysunek 2

Postępowanie w sytuacji występowania zarówno objawów ADHD, jak i niepożądanego zachowania



Źródło: oprac. aut. na podstawie Jerzak i Kołakowski, 2015, s. 82.

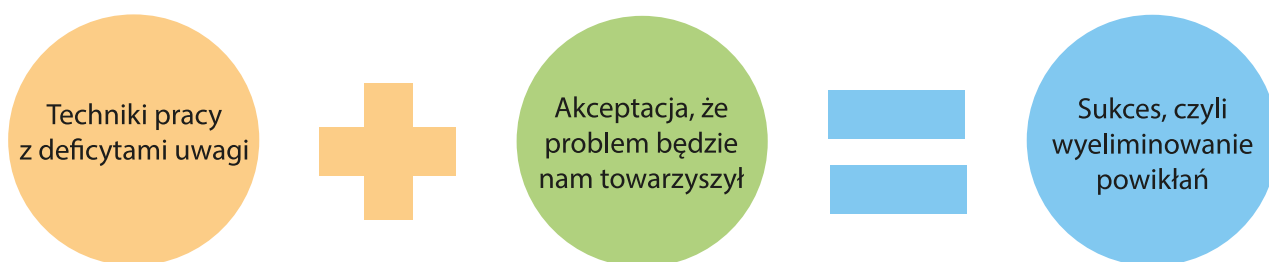
Pracując z nadpobudliwymi uczniami, powinniśmy pamiętać, że ich zachowania będące przejawami objawów ADHD są wynikiem zaburzenia neurorozwojowego, nie zaś złośliwości czy lenistwa. Nie zależą od woli dziecka ani zewnętrznych oddziaływań. Nie są wynikiem złego charakteru czy braku wychowania. Te dzieci starają się być dobrymi uczniami, chcą przestrzegać obowiązujących w placówce norm i zasad. Dlatego zamiast upominać je czy poprawiać, warto włączać odpowiednie techniki, które ułatwią im radzenie sobie z objawami. Same bowiem nie poradzą sobie ze swoimi deficytami. Jednak w sytuacji, gdy do objawów ADHD dołączą powikłania (objawy wtórne), np. zaburzenie opozycyjno-buntownicze, należy wprowadzić właściwe oddziaływania terapeutyczne.

3.2. Strategie postępowania w przypadku występowania trudności w zakresie koncentracji uwagi

Deficyty uwagi są z jednej strony najmniej rzucającą się grupą objawów zespołu nadpobudliwości psychoruchowej, z drugiej jednak powodują najpoważniejsze konsekwencje w funkcjonowaniu dziecka. Wpływają na gorsze wyniki w nauce, niską samoocenę, obniżenie nastroju, przedwczesne kończenie „kariery” szkolnej czy gorszą jakość dorosłego życia. Zaburzenia koncentracji uwagi to „podstępna” grupa objawów, która towarzyszy młodemu człowiekowi z ADHD przez całe życie. To też trudne doświadczenie dla rodziców, nauczycieli czy terapeutów. Musimy jednak pamiętać, że w przypadku przewlekłych schorzeń, takich jak właśnie ADHD, zmienia się cel leczenia. Podejmowane działania nie służą wyleczeniu dziecka, a ułatwieniu mu funkcjonowania, jak i zapobieganiu powikłaniom zespołu (Jerzak i Kołakowski, 2015).

Rysunek 3

Praca z deficytami uwagi



Źródło: aut. oprac. na podstawie Jerzak i Kołakowski, 2015, s. 171.

Do podstawowych strategii radzenia sobie z zaburzeniami koncentracji uwagi zaliczamy (Jerzak i Kołakowski, 2015):

- budowanie jasnej struktury lekcji,
- ograniczenie liczby rozpraszających bodźców,
- skracanie zadań,
- przywoływanie rozproszonej uwagi.

Strategie te omówiono na kolejnych stronach.

Budowanie jasnej struktury lekcji

- Lekcje, w których uczestniczą nadpobudliwi uczniowie, powinny mieć jasną i dokładnie zaplanowaną strukturę. To ważne, by uczniowie znali oczekiwania nauczycieli od rozpoczęcia zajęć aż do ich zakończenia.

- Wiodące przedmioty (główne i trudniejsze) należy umieścić na początku dnia. Zdaniem Barkleya (2020, s. 354) jeśli uczeń z ADHD nie przyjmuje leków, wówczas nauczyciel powinien zaplanować wykonywanie trudnych zadań o poranku, a prace wymagające większej aktywności, mniej obciążające umysłowo, jak i dłuższe przerwy (np. posiłek) – na późniejsze godziny. Należy pamiętać, że zdolność nadpobudliwego dziecka do koncentracji i hamowania reakcji znacznie słabnie w ciągu dnia.
- Zajęcia wychowania fizycznego warto wpisać na koniec dziennego planu lekcji.
- To ważne, by unikać momentów, gdy nic się nie dzieje w czasie lekcji i pamiętać o zmianie aktywności podczas prowadzonych zajęć.

Tabela 3

Lista rzeczy do wykonania, gdy masz już wszystko zrobione

Zmiana aktywności w trakcie lekcji	Lista, rzeczy, z których możesz skorzystać, gdy masz już wszystko zrobione
Jasno zakomunikuj, kiedy zadanie się rozpoczyna, a kiedy kończy	Linga Pffner (2004) proponuje, aby dziecko z ADHD, po skończeniu szkolnego zadania miało kolejne – przyjemne – do wykonania
Zaplanuj krótką przerwę śródlekcyjną	Książka do poczytania
Wprowadzaj indywidualne instrukcje w czasie zmiany aktywności	Komiks Kolorowanka antystresowa
Opracuj specjalne sygnały dźwiękowe bądź wizualne przypominające o zmianie	Brudnopis do porysowania Sudoku/krzyżówka

Źródło: oprac. aut. na podstawie Jerzak i Kołakowski, 2015, s. 177.

Warto wprowadzić krótkie przerwy śródlekcyjne, w czasie których uczniowie mogą wykonać ćwiczenia fizyczne. Gimnastyka zmniejsza uczucie zmęczenia i stagnacji, których nadpobudliwe dzieci doświadczają w czasie długiej pracy częściej niż ich rówieśnicy. Podczas przerw pomiędzy poszczególnymi lekcjami należy pozwolić dzieciom na swobodne przemieszczanie się. To ważne, by nauczyciel ustalił z dzieckiem przestrzeń, w której będzie mogło swobodnie się poruszać czy biegać (pamiętajmy, że nadpobudliwy uczeń siedział 45 minut i teraz potrzebuje ruchu). Pomocna może okazać się zasada „W szkole chodzimy, a biegamy w miejscu wyznaczonym przez nauczyciela”.

Początek lekcji

- Wycisz emocje związane z wydarzeniami z przerwy.
- Zadbaj o właściwe posadzenie nadpobudliwego ucznia.
- Omów plan lekcji i umieść go w widocznym miejscu.

Środek lekcji

- Pamiętaj o zmianie rodzaju aktywności i unikaniu przestojów.
- Wprowadzaj graficzne i słowne przypomnienia dotyczące etapu lekcji, na którym jesteście.
- Sprawdź listę obecności w czasie pracy grupowej.

Koniec lekcji

- Sprawdź, czy wszystkie zadania do wykonania zostały skończone.
- Zadaj pracę domową przed dzwonkiem; warto wspomóc się zasadą „Na przerwę wychodzą uczniowie, którzy pokażą nauczycielowi zapisaną pracę domową”.
- Pochwal.

Miejsce nadpobudliwego ucznia w klasie

- Prosimy posadzić ucznia blisko nauczyciela (najlepiej w pierwszej lub drugiej ławce, w środkowym rzędzie).
- Warto wprowadzić „ławkę spokojnej pracy”, czyli takie miejsce w klasie, które będzie przeznaczone do spokojnej, cichej pracy, a wykorzystywane w momentach, gdy to, co dzieje się na lekcji, za mocno rozprasza lub pobudza ucznia.
- Jeśli wśród objawów ADHD-owych przeważa nadruchliwość – posadź dziecko na końcu klasy. Pamiętaj jednak, by co 3–5 minut podchodzić do nadpobudliwego ucznia, aby skontrolować efekty jego pracy i w razie potrzeby przywołać jego rozproszoną uwagę.
- Należy zadbać o pusty blat ławki – zadaniem dorosłego jest dopilnowanie, by wokół dziecka było jak najmniej przedmiotów (maksymalnie 2–3 rzeczy).
- Barkley (2020, s. 352) wskazuje, że dla dzieci z ADHD korzystniejszy jest najczęściej tradycyjny układ ławek, tj. w rzędach zwróconych w stronę przedniej części klasy, gdzie najczęściej stoi nauczyciel. Układ ławek, przy których siedzi kilkoro dzieci, wpływa zakłócająco na nadpobudliwych uczniów, dostarcza bowiem dużo więcej stymulacji (stwarza możliwość kontaktów społecznych, a to rozprasza dziecko i odrywa od pracy zadanej mu przez nauczyciela).

- Ponadto Barkley podkreśla, że klasy, które są fizycznie zamknięte (cztery ściany i drzwi) są korzystniejsze niż klasy otwarte – głośniejsze i zawierające więcej odwracających uwagę elementów.

Praca indywidualna na lekcji

Nadpobudliwym dzieciom duży kłopot sprawia wykonywanie złożonych zadań indywidualnych. Dodatkowo, z uwagi na trudności w zakresie koncentracji uwagi, uczniowie ci mogą mieć problem z doprowadzeniem do końca długich i monotonicznych zadań. Warto zatem wprowadzić instrukcję czy listę kontrolną dotyczącą wykonywania skomplikowanych zadań.

1. Podaj uczniowi jasną instrukcję i upewnij się, że wie, co ma dalej robić.
2. Przyklej na ławce listę rzeczy do zrobienia. Poproś nadpobudliwego ucznia, by zaznaczał na niej to, co już zostało wykonane.
3. Skontroluj, czy dziecko ma wszystkie potrzebne do zajęć przybory.
4. Ustal z uczniem sposób, w jaki może cię przywołać (nie wstając z ławki), gdy będzie potrzebował twojej pomocy.
5. Pamiętaj o wzmocnieniu pozytywnym za każdym razem, gdy twój nadpobudliwy uczeń skupia się na zadaniu.

Praca grupowa na lekcji

Przygotowując się do wprowadzenia pracy grupowej w czasie zajęć, nauczyciel powinien wziąć pod uwagę, że nadpobudliwy uczeń nie radzi sobie z czekaniem na swoją kolej, kłopot sprawia mu poddawanie się ustaleniom grupy, odracza moment rozpoczęcia pracy (impulsywność), spokojne siedzenie to dla niego nie lada wyzwanie (nadruchliwość), a działania według założonego planu (pamiętanie o nim, dotrwanie do jego końca – koncentracja uwagi) to nieraz pobożne życzenie.

Niestety nierzadko zdarza się, że z powodu słabszej pracy ucznia z ADHD cała grupa nie wywiązuje się z zadania, co dodatkowo pogarsza i tak już skomplikowane relacje z rówieśnikami.

To ważne, by nauczyciel w aktywny sposób kierował pracą nadpobudliwego ucznia w grupie. Warto poświęcić chwilę na:

- przydzielenie konkretnych zadań każdemu członkowi grupy,
- stworzenie jasnego planu pracy z uwzględnieniem kolejności wykonania poszczególnych etapów zadania,

- wyznaczenie indywidualnej odpowiedzialności za wykonanie przydzielonej części zadania (każdy członek grupy oceniany jest osobno za swoją część zadania, a osobno za pracę grupową),
- dostosowanie zadania i zakresu odpowiedzialności do indywidualnych możliwości nadpobudliwego dziecka.

W przypadku gdy uczeń z ADHD nie podejmuje pracy (nie współpracuje, oddala się od grupy, nie reaguje na polecenia czy sygnały dawane mu przez nauczyciela, zachowuje się prowokująco wobec nauczyciela czy kolegów z grupy), należy wyciągnąć z góry określone konsekwencje.

Ograniczenie liczby rozpraszających bodźców

Postaraj się, by w miarę możliwości ograniczyć pojawiające się „rozpraszacze” (okno, akwarium, kolorowe plansze, zabawki, obcasy stukające podczas sprawdzianu czy ozdobna biżuteria, apaszka, strój).

Skracanie zadań

Jednym z symptomów ADHD jest krótki czas skupienia na wykonywanym zadaniu, niestety znacząco krótszy niż u pozostałych osób w tym samym wieku i o tym samym poziomie intelektualnym. Objawy zaburzeń koncentracji uwidoczną się bardziej w starszych klasach, ponieważ uczniowie będą mieli do wykonania trudniejsze zadania, wymagające dłuższej pracy w skupieniu. Warto zatem:

- planując pracę z nadpobudliwymi dziećmi, określić realny czas skupienia konkretnego ucznia z ADHD – takie działanie pozwoli wyznaczyć czas, który jest niezbędny do wykonania zadania; ponadto przedziały czasowe z założenia powinny być krótsze od czasu, w jakim uczeń może się skupić;
- pilnować, by poszczególne etapy lekcji były krótkie;
- uwzględnić fakt, że czas skupienia jest najkrótszy w trakcie słuchania wykładu nauczyciela i tłumaczenia przez niego nowego tematu;
- pamiętać, że okres aktywnej uwagi trwa nierzadko pięć minut (czasami mniej);
- przyjąć, że uczeń, pracując jeden na jeden z nauczycielem, skupia się dłużej (warto zatem rozważyć wprowadzenie zindywidualizowanej ścieżki kształcenia – nie mylić z nauczaniem indywidualnym);
- dopasować zadania edukacyjne do umiejętności ucznia – w przypadku nadpobudliwych dzieci interesujące polecenia, intensywne stymulacje (np. kolorowe materiały o różnej

fakturze) poprawiają koncentrację uwagi i ogólny poziom wykonywania zadania, jak również obniżają prawdopodobieństwo pojawienia się nieprawidłowych zachowań.

Według Barkleya (2020, s. 353) polecenia wydawane przez nauczyciela powinny być zwięzłe i dostosowane do możliwości koncentracji ucznia. Warto wprowadzić zasadę, która polega na wyznaczeniu nadpobudliwemu uczniowi łatwiejszych zadań, odpowiednich dla dziecka młodszego o 30%. Dodatkowo Barkley podkreśla, że czas przeznaczony na zadanie powinien być krótki, a informacje zwrotne nauczyciel powinien przekazywać dziecku natychmiast po skończonej pracy. Można skorzystać z czasomierzy (minutnika, stopera).

Skracanie długości zadań – przykłady

- Zadania pisemne dopasowujemy do czasu skupienia ucznia, np. ustalamy, ile zdań notatki jest w stanie przepisać nadpobudliwy uczeń, dalszą część notatki dajemy uczniowi jako „wklejkę” do zeszytu.
- Zmniejszamy do minimum liczbę podobnych do wykonania przykładów (pamiętajmy, że nadpobudliwy uczeń przestaje przyswajać wiedzę po kilku identycznych powtórzeniach), np. dziecko z ADHD wykonuje tylko nieparzyste przykłady.
- Ograniczamy zakres pracy ucznia na każdej stronie, zbyt długa lista może sprawiać wrażenie przeładowanej i demotywować dziecko do dalszej pracy.
- Warto podzielić kartkę na sekcje i zakrywać niewykorzystane części strony.
- Tekst do czytania dzielimy na mniejsze fragmenty.
- Dzielimy sprawdzian – każde zadanie na osobnej kartce.

Tabela 4

Propozycje dostosowania zadań dla nadpobudliwego ucznia

ZADANIE DLA KLASY	ZADANIE DLA UCZNIA Z ZABURZENIAMI UWAGI
15 przykładów z matematyki obejmujących np. mnożenie i dzielenie	Nauczyciel przygotowuje dla ucznia kartkę z 5 przykładami, po których wykonaniu ma on podejść do prowadzącego zajęcia, aby ten sprawdził jego pracę. Po zaliczeniu wykonanej części zadania otrzymuje kolejny zestaw 5 przykładów. Procedurę powtarzamy dwukrotnie. Przygotowany zestaw powinien zawierać mieszane przykłady
Zadaniem klasy jest przepisanie notatki, którą nauczyciel zapisał na 2 tablicach	Wariant I Nauczyciel przygotowuje dla ucznia skrócony wariant notatki na osobnej kartce. Zadaniem dziecka jest przepisanie jej do zeszytu.

ZADANIE DLA KLASY	ZADANIE DLA UCZNIA Z ZABURZENIAMI UWAGI
Zadaniem klasy jest przepisanie notatki, którą nauczyciel zapisał na 2 tablicach cd.	Wariant II Nauczyciel przygotowuje skróconą wersję notatki, dzieli ją na części i wręcza uczniowi poszczególne fragmenty do przepisania. Dopiero po wykonaniu danej części zadania uczeń dostaje kolejny fragment do przepisania. Wariant III Nauczyciel siada z uczniem w ławce i dyktuje mu kolejne zdania notatki
Uczniowie mają do rozwiązania zadanie z treścią	Uczeń rozwiązuje zadanie zgodnie z checklistą: Przeczytaj zadanie. Kolorem zaznacz to, co masz obliczyć. Wypisz dane. Oblicz. Sprawdź. Zapisz odpowiedź.

Źródło: Jerzak i Kołakowski, 2015, s. 324–327.

Przywoływanie rozproszonej uwagi

Nadpobudliwym osobom niezwykle trudno jest skoncentrować się na jednej rzeczy, jeśli dookoła znajduje się dużo ciekawych, przykuwających wzrok przedmiotów. Mnogość interesujących rzeczy wokół powoduje, że zamiast skupić się na treści wykładu nauczyciela, „zawieszają się” i zaczynają podążać za myślami, które biegną z różnych, niespodziewanych kierunków. Uczniowie z ADHD z reguły chcieliby doprowadzić powierzone im zadania do końca czy też z uwagą wysłuchać tego, co na dany temat ma do powiedzenia nauczyciel. Jednak bez pomocy z zewnątrz często jest to niemożliwe.

Dziecko z ADHD często rozprasza się w momencie, gdy nauczyciel pracuje z całą klasą, zadaje pytania i prosi o podniesienie ręki, kiedy ktoś chce wziąć udział w prowadzonej dyskusji. Oczywiście nadpobudliwy uczeń nie rozprasza się w sytuacji, gdy jest zainteresowany tematem zajęć. Niestety szkolne tematy często nie budzą w uczniach pozytywnego nastawienia.

Jak podaje Barkley (2020, s. 353–354), koncentracja nadpobudliwego ucznia w czasie zajęć grupowych utrzyma się przez dłuższy czas, o ile wiedza zostanie zaprezentowana w krótkiej

formie, w entuzjastycznym, dynamicznym stylu, a dziecko będzie często zapraszane do udziału w lekcji. Nauczyciel, który jest energiczny, żywiołowy i zaangażowany emocjonalnie, bardziej zainteresuje uczniów niż ten, który „ględzi” o nudnych sprawach.

Z kolei Kutscher (2009, s. 118) radzi, by prezentować materiał w sposób żywy, energiczny i przyciągający uwagę. Podkreśla, że nadpobudliwe dzieci są niczym ćmy, które zwracają się w kierunku tego, co w danej chwili jest najjaśniejszym źródłem światła. Nauczyciel powinien być bardziej interesujący niż spinacz leżący na ławce.

Uwagę całej klasy możemy zwiększyć, wykorzystując poniższe strategie:

- prosimy, by osoby, które znają odpowiedź, wstały,
- konstruujemy maszynę losującą (pojemnik z numerkami uczniów) – nauczyciel albo wybrany przez niego uczeń losują osobę, która ma udzielić odpowiedzi,
- zarządzamy odpowiadanie chórem – gdy zauważamy, że nie wszyscy są zaangażowani, zajmują się czymś innym albo są rozproszeni, warto dodać: „Dziękuję za odpowiedź, widzę jeszcze dwie osoby, które muszą do nas dołączyć, zatem jeszcze raz”,
- stosujemy „wzmacniacze” w postaci naklejek, punktów, piórek, które można otrzymać za skupienie się na zadaniu i wykonanie go w całości – zebrane punkty mogą być wymieniane na plusy za udział w zajęciach, z kolei trzy plusy to ocena bardzo dobra,
- wprowadzamy zasadę zapisywania odpowiedzi na kartce i podnoszenia jej do góry – za zastosowanie się do tej zasady uczeń otrzymuje punkty,
- przeprowadzamy grę w numerki – osoba, która ostatnia udzieliła odpowiedzi, podaje dowolną liczbę, po odliczeniu (kierunek odliczania wskazuje nauczyciel tak, by do końca nie wiadomo było, od kogo i w którą stronę zaczyna się dalsze odliczanie) wybierany jest kolejny uczeń,
- dajemy jasne i krótkie sygnały słowne, np.: „Stop!”, „To, o czym mówię, będzie na sprawdzianie”, „Uwaga, to ważne”,
- wykorzystujemy sygnały słuchowe (timery, dzwonki, instrumenty muzyczne, melodyjki w telefonie) w celu przywołania uwagi uczniów,
- wprowadzamy zasadę „dobrego słuchacza” – pozwala ona na szybkie przypomnienie uczniowi lub całej klasie reguł zachowania, gdy ktoś odpowiada czy tłumaczy coś w czasie zajęć – zasadę można wpisać w system przywilej – zasada – konsekwencja.

Tabela 5

System przywilej – zasada – konsekwencja

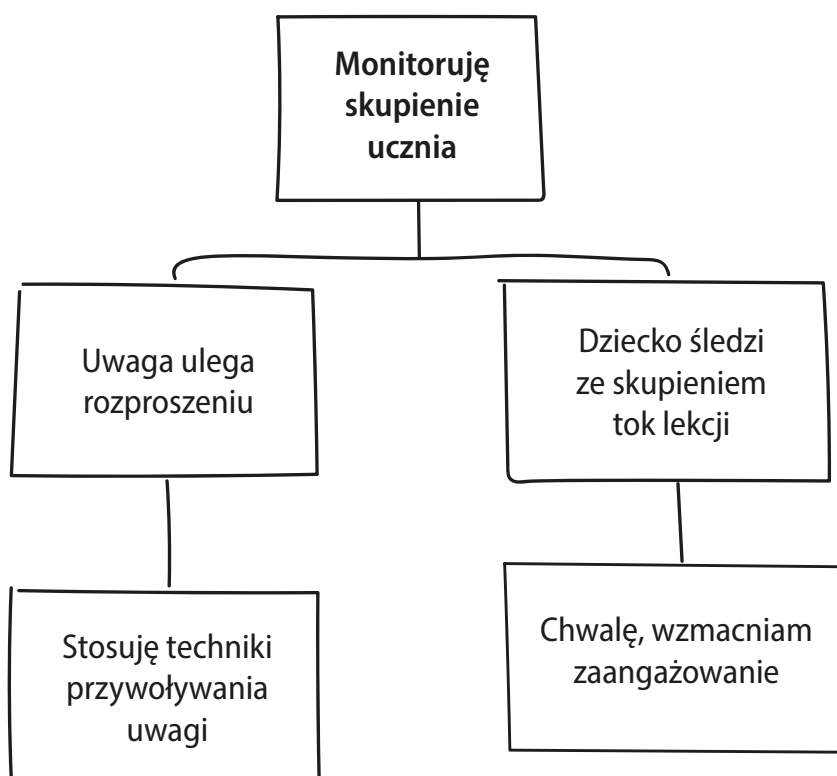
PRZYWILEJ	ZASADA	KONSEKWENCJA
Praca domowa zmniejszona jest o połowę	Dobry słuchacz	Odrabiasz całą pracę domową
Dobrym słuchaczem jest ten, kto: ▪ oczy kieruje na mówiącą osobę, ▪ ma „włączone” uszy, ▪ ma zamknięte usta.		

Źródło: oprac. aut.

Nadpobudliwy uczeń rozpraszy się także podczas samodzielnej pracy. Niestety, jeśli do tego dojdzie, to rzadko kiedy sam powraca do wykonywania wcześniej przerwanej pracy. Zatem niezwykle ważne jest, by nauczyciel regularnie kontrolował pracę ucznia z ADHD.

Rysunek 4

Monitorowanie poziomu skupienia nadpobudliwego ucznia



Źródło: oprac. aut. na podstawie Jerzak i Kołakowski, 2015, s. 197.

W sytuacji gdy nauczyciel zauważy, że jego nadpobudliwy uczeń przestaje koncentrować się na tym, co obecnie ma zrobić, powinien przywołać rozproszoną uwagę poprzez:

- popukanie w blat ławki, zeszyt,
- dotknięcie ramienia ucznia (o ile wcześniej wyraził na to zgodę),
- chrząknięcie,
- kontakt wzrokowy,
- położenie „pomarańczowej” karteczki (kolor do ustalenia z uczniem), tzw. „przywoływacza” uwagi,
- przestawienie piórnika,
- inny dowolny sygnał, ustalony wcześniej z dzieckiem.

Nauczyciel może również wprowadzać wskazówki wizualne, na które nadpobudliwe dzieci lepiej reagują:

- zapisujemy w wyznaczonym miejscu wszystkie prace, które uczniowie mają wykonać w szkole czy w domu,
- wywieszamy na tablicyienne, miesięczne czy tygodniowe zobowiązania uczniów,
- wprowadzamy sygnały wizualne, np. „odstaw krzeselko”, „podnieś rękę”, „otwórz ćwiczenie” itp.,
- wykorzystujemy obrazki, wykresy, prezentacje, rzutnik, tablicę multimedialną,
- w kolorowej ramce umieszczamy materiał, na którym uczniowie mają się skupić,
- pozwalamy uczniom na przygotowanie pracy na foliach czy dużych arkuszach papieru, które potem zaprezentują klasie za pomocą rzutnika czy zawieszą na tablicy.

Często nadpobudliwe osoby wskazują, że łatwiej im skupić się na lekcji czy wykładzie, gdy mogą w jego trakcie bawić się różnymi przedmiotami lub rysować na kartce. Warto to wykorzystać i wspólnie z podopiecznym wybrać takie przedmioty, które nie będą przeszkadzały innym, np. piłeczki czy kamienie sensoryczne, pierścionki sensoryczne, piłki gniotki, kawałek sznurka itp. Możemy też ustalić z uczniem, że jeśli będzie tego potrzebował, to może rysować w notatniku czy na kartce (innej niż zeszytowa).

Pomocna może również okazać się checklista zawierająca najważniejsze wskazówki dotyczące zachowania na lekcji (nauczyciel wskazuje zasadę, do której się odwołuje):

1. Siedź w ławce.
2. Skoncentruj się na zadaniu.
3. Podnieś rękę, gdy chcesz udzielić odpowiedzi.

Podobnie jak już wcześniej wspomniano, strategię tę można połączyć ze zbieraniem punktów i wymianą ich na plusy, ocenę czy inne nagrody.

Bardzo często w trakcie rozmowy z dziećmi czy ich rodzicami można usłyszeć, że w klasie nadpobudliwemu dziecku przypina się łatkę „tego niegrzecznego”, utrudniającego prowadzenie lekcji. To jego imię najczęściej jest powtarzane przez nauczyciela w czasie lekcji. To ono jest wskazywane przez dzieci w odpowiedzi na pytanie, kto najgorzej się zachowuje w czasie lekcji. Aby uniknąć tego typu sytuacji, jednocześnie dbając o samoocenę dziecka, warto wypracować z nadpobudliwym podopiecznym umowny sygnał, gest, który pomoże mu w powrocie do wykonywania przerwanej zadania. Starajmy się unikać wielokrotnego przywoływania ucznia po imieniu w trakcie prowadzenia lekcji czy warsztatów.

3.3. Strategie postępowania w przypadku występowania nadruchliwości

Objawem, który najbardziej zwraca uwagę i nierzadko denerwuje dorosłych, jest właśnie nadruchliwość. Niestety mimo usilnych prób nadpobudliwym dzieciom ciężko jest zapanować nad swoją nadruchliwością. Jak dotąd nie wymyślono żadnych humanitarnych metod psychoterapeutycznych, które pozwoliłyby uczniom z ADHD siedzieć nieruchomo w czasie lekcji. Przed specjalistami pracującymi z nadpobudliwymi dziećmi stoi kolejne zadanie – wypracowanie takich technik, które pomogą zagospodarować nadruchliwość swoich podopiecznych. Poniżej przedstawiono strategie, które mogą wspomóc nadpobudliwe dzieci, ułatwiając ich szkolne funkcjonowanie.

Pracę z nadruchliwością należy rozpocząć od jej zaakceptowania. Nadpobudliwe dzieci nie są w stanie wysiedzieć w miejscu przez dłuższy czas, jest to niezależne od ich woli. Nie należy w nadruchliwości dostrzegać oznak złego zachowania czy zaciętości.

Do podstawowych metod radzenia sobie z przejawami ADHD-owej nadruchliwości zaliczamy:

1. akceptację faktu, że jest to główny objaw zespołu nadpobudliwości psychoruchowej i nie można się go pozbyć siłą woli czy dobrym wychowaniem – należy przyjąć, że uczeń będzie bardziej ruchliwy niż reszta dzieci w klasie i pracować nad niezauważaniem objawów nadruchliwości, do czasu gdy nie zaburzają one pracy innych uczniów;
2. zagospodarowanie nadruchliwości dziecka z ADHD oraz nadanie jej celu przez przydzielanie uczniowi określonych zadań do wykonania;

3. określenie ram, czyli ustalenie, gdzie, kiedy i w jaki sposób nadpobudliwe dziecko może chodzić, kręcić się czy bawić przedmiotami;
4. zastępowanie uciążliwych przejawów ruchliwości ucznia innym zajęciem ruchowym, np. pstrykający długopis można zastąpić piłką gniotką (Jerzak i Kołakowski, 2015).

Standardową metodą pracy z nadruchliwymi dziećmi jest wprowadzenie krótkich ćwiczeń ruchowych (przerwywniki pomiędzy kolejnymi zadaniami), które będą pozwalały na rozciąganie się czy poruszanie w wyznaczonym przez nauczyciela miejscu. Warto ustanowić je stałym elementem w planie dnia.

Dobrze jest również ustalić z uczniami, że nie będzie od nich wymagane ciągłe siedzenie nieruchomo w ławce przez całą lekcję, ale w trakcie wprowadzenia nowego materiału siedzenie jest obowiązkowe i trzeba próbować zachować uwagę. W innych sytuacjach nauczyciel może wyrazić zgodę na pewne odstępstwa. Pomocne może okazać się wprowadzenie sygnalizatora świetlnego:

- kolor czerwony – siedzisz na swoim miejscu i słuchasz,
- kolor zielony – możesz przejść się po klasie, jeśli odczuwasz taką potrzebę.

Od czasu do czasu można również wyrazić zgodę, by nadruchliwy uczeń wykonywał zadania na stojąco. Niektórzy nauczyciele zaopatrują klasę w berety rehabilitacyjne lub poduszki sensoryczne, na których dzieci mogą siedzieć w trakcie trwania zajęć. Można również skorzystać z taśmy rehabilitacyjnej, którą zaczepia się z przodu krzesła (o jego przednie nogi). W sklepach sprzedawane są również specjalne krzesła sensoryczne z piłką, na których mogą siedzieć nadpobudliwi uczniowie.

Z uwagi na zaobserwowane trudności należy pozwolić uczniowi z ADHD na niewielki niepokój ruchowy w czasie trwania lekcji. Wiele nadpobudliwych osób przyznaje, że zabawa drobnymi przedmiotami (gniotki, małe kamienie sensoryczne, sznurek) pozwala im lepiej skoncentrować się na wykonywanym zadaniu.

Nauczyciel powinien zastanowić się, jaki rodzaj niepokoju dziecka (w obrębie ławki, klasy) jest w stanie przyjąć. Dla każdego specjalisty zapewne będzie inny. W zależności od naszego temperamentu możemy umówić się z dzieckiem na różne sposoby zagospodarowania jego nadruchliwości.

To ważne, by obserwować nasilenie objawów dziecka z ADHD w czasie trwania lekcji. W razie zauważenia, że ruchliwość ucznia się zwiększa, można zagospodarować jego nadmierną

aktywność, prosząc o przyniesienie książki z końca sali czy podlanie kwiatków. Warto mieć wcześniej przygotowaną listę pomysłów, bo podczas codziennej pracy nie zawsze jest czas, by zastanawiać się, co zrobić z nadruchliwością ucznia.

Lista pomysłów na zagospodarowanie nadruchliwości

- Rozdawanie książek czy materiałów.
- Podlewanie kwiatków.
- Włączanie lub wyłączanie tablicy multimedialnej.
- Przyniesienie czegoś z końca sali.
- Zebranie zeszytów.
- Pójście po markery do sekretariatu.

Warto, aby nauczyciele opracowali sposób zagospodarowania nadmiernej ruchliwości ucznia w szczególnych sytuacjach, takich jak apele czy warsztaty. Niestety próżno oczekiwać, że uczeń zastygnie nieruchomo w czasie 50-minutowego apelu czy 3-godzinnych warsztatów (warto wykorzystać np. dysk sensoryczny, piłkę gimnastyczną z uszami, zagospodarować nadruchliwość ucznia, prosząc go o przyniesienie czegoś z sekretariatu, zorganizować krótką przerwę na poruszanie się itp.).

Podobnie nie powinniśmy spodziewać się, że nadpobudliwy uczeń spędzi przerwę między lekcjami w kącie, czytając książkę. Będzie raczej potrzebował poruszać się po 45-minutowym ograniczaniu swojej nadruchliwości. Należy:

- znaleźć rozsądny kompromis między potrzebą zapewnienia dziecku bezpieczeństwa a jego potrzebą swobody i wyładowania skumulowanej energii,
- rozważyć możliwość wyznaczenia strefy bezpiecznego biegania (w myśl zasady: „W szkole chodzimy, a biegamy w miejscu wyznaczonym przez nauczyciela”),
- określić miejsca, w których należy bezwzględnie zadbać o bezpieczeństwo, np. schody, oraz zapewnić dodatkowy nadzór dorosłych nad takimi strefami.

3.4. Strategie postępowania w przypadku występowania impulsywności

Impulsywność definiuje się jako „uwarunkowaną biologicznie niemożność wyhamowania zaplanowanej reakcji motorycznej i werbalnej. Oznacza to, że dziecko może wybiec z klasy wraz z dzwonkiem, mimo iż nauczyciel nie zakończył lekcji (reakcja motoryczna) lub

powiedzieć coś niestosownego w danej sytuacji (reakcja werbalna)” (Srebnicki i Wolańczyk, 2010, s. 25).

Nadmierną impulsywność potocznie możemy określić jako działanie bez zastanowienia. Uczeń z ADHD ma trudności z przewidywaniem następstw swojego zachowania, słabo też uczy się z wcześniejszych doświadczeń. Nauczyciel, któremu przyjdzie pracować z uczniem z ADHD, będzie musiał liczyć się z wieloma trudnościami, choćby przerywaniem zarówno jemu, jak i pozostałym dzieciom, głośnym odpowiadaniem bez podnoszenia ręki, udzielaniem odpowiedzi na pytanie przed jego zakończeniem czy też utrudnieniami w czasie pracy grupowej (problemy w organizacji wspólnej pracy, większa liczba konfliktów).

Jak zatem radzić sobie z objawami impulsywności przejawianymi przez ucznia z ADHD w szkole?

Przypominanie zasady

Pamiętaj o regule: „Aby móc zastosować się do zasady, należy o niej pamiętać”. Dziecko we właściwym momencie nie jest w stanie przypomnieć sobie zasad, mimo że je zna i chce się do nich stosować. Warto przypomnieć uczniowi o zasadzie we właściwym momencie.

Przypominanie zasady – instrukcja

- Podejdź do dziecka i skoncentruj jego uwagę na sobie (spójrz mu w oczy, lekko dotknij).
- Przypomnij zasadę w krótkich słowach np. „Wychodzę z klasy za zgodą nauczyciela”; „Jedna osoba mówi, reszta słucha”.
- Przypomnij zasadę tyle razy, ile zazwyczaj potrzebuje tego dziecko, gdy ma średni dzień (nie więcej jednak niż 3 razy).
- Pozostań przy dziecku tak długo, aż zastosuje się do zasady.
- Pochwal ucznia za zastosowanie się do zasady.

Wyciągnij konsekwencje za złamanie zasady (pamiętaj – w systemach behawioralnych konsekwencje są z góry znane dziecku).

- W podobny sposób postępujemy podczas wydawania poleceń. Impulsywne dziecko może nie zareagować na polecenie, które nauczyciel kieruje do całej klasy. Wydając polecenie, postaraj się zapisać na tablicy kluczowe słowa, np. numer strony wykonywanego zadania.
- Na ławce impulsywnego ucznia należy umieścić checklistę zawierającą kolejne kroki postępowania (do zadania z treścią, pisania wypracowania czy pracy z tekstem itp.).

- Unikaj złożonych instrukcji. Postaraj się wydawać jedno polecenie na raz. Gdy uczeń je wykona, wydaj kolejne.
- Pamiętaj, by za każdym razem upewnić się czy uczeń z ADHD zrozumiał polecenie. Możesz poprosić ochotnika, by jeszcze raz powtórzył je klasie.

Zapobieganie wypadkom

Impulsywne dzieci często ulegają wypadkom. To ważne, chcąc zadbać o bezpieczeństwo nadpobudliwego ucznia, by przewidywać sytuacje, w których jego impulsywność może okazać się dla niego niebezpieczna. Pomocne może okazać się systematyczne obserwowanie i analizowanie zachowań dziecka – wyciągnięte wnioski posłużą do przygotowania przydatnej checklisty (przykład poniżej).

Instrukcja dotycząca wyjścia do parku trampolin*

- Wychodząc ze szkoły, stoisz w parze z Wojtkiem.
- Gdy przechodzimy przez ulicę, jesteście przy mnie.
- Wsiadasz do autobusu z opiekunem.
- W czasie „trampolinowym” stosujesz się do zaleceń instruktora.
- Wracasz do szkoły, idąc w parze z Wojtkiem.
- Po dotarciu do szkoły podejdź do mnie i odmelduj się, że wracasz do domu.

* każdy punkt omawiamy szczegółowo z uczniem

- Należy zwrócić również uwagę na zabezpieczanie klasowych sprzętów, np. rzeczy stojące na regale mogą spaść, a szpilki z dekoracji zmienić swoje zastosowanie.
- Nadpobudliwe dzieci działają na zasadzie bodziec – reakcja. Gdy uczniowi z ADHD przyjdzie do głowy jakiś pomysł – np. podbiec do kolegi i zapytać, czy pożyczy mu zeszyt, by sprawdzić, czy dobrze zanotował rozwiązanie zadania – wstają i go realizują. Niestety nie rozglądają się dookoła, gdyż są zaaferowane działaniem, stąd przy okazji mogą wylać na siebie stojący na brzegu biurka kubek z gorącą herbatą. Dlatego warto wprowadzić zasadę, że kubki stawiamy na środku ławki.

Za każdym razem, gdy uznacie, że proponowana grupie aktywność może być trudna i niebezpieczna dla impulsywnego dziecka, warto opracować z nim checklistę zawierającą wskazówki dotyczące oczekiwanego zachowania.

Czekanie na swoją kolej

Uczeń z ADHD nie radzi sobie z czekaniem na swoją kolej. W związku z tym zaleca się wprowadzenie strategii odraczania:

- wspólnie ustalcie sygnał oznaczający „poczekaj”,
- umieść na ławce ucznia notes, w którym będzie on zapisywał lub rysował to, co chciał powiedzieć lub zaproponować nauczycielowi, a w danym momencie nie mógł tego zrobić.

Nastolatki z ADHD przyrównują działanie swojej głowy do nieustannego zmieniania pilotem kanałów w telewizorze. Ich umysł cały czas pracuje, jedna myśl goni drugą. Jeśli nie podzielią się z Tobą pomysłem, który obecnie mają głowie, to za moment o nim zapomną, zastępując go innym. Potem będą odczuwali frustrację i rozżalenie, że nie mieli szansy o nim powiedzieć.

Reasumując, aby poradzić sobie z impulsywnością

- Przypomnij zasadę.
- Przewiduj niebezpieczne sytuacje i zmieniaj je w bezpieczniejsze.
- Zaakceptuj fakt, że impulsywne zachowania będą się zdarzać i nie jesteś w stanie ich wszystkich przewidzieć.

3.5. Pracuj nad samooceną dziecka z ADHD

Samoocena to „postawa wobec samego siebie, zwłaszcza wobec własnych możliwości oraz innych cech wartościowych społecznie” (PTP, 2010). Zaczyna kształtować się już w dzieciństwie. Jest wynikiem przekonań na temat własnej osoby, które rozwijają się pod wpływem wczesnych doświadczeń, zmieniając w dość sztywne założenia na temat siebie, świata i innych osób. Właściwa samoocena (ani za wysoka, ani zbyt niska) jest czynnikiem, który wpływa na rozwój człowieka i chroni go przed negatywnymi wpływami otoczenia (Kołakowski i in., 2007, s. 164).

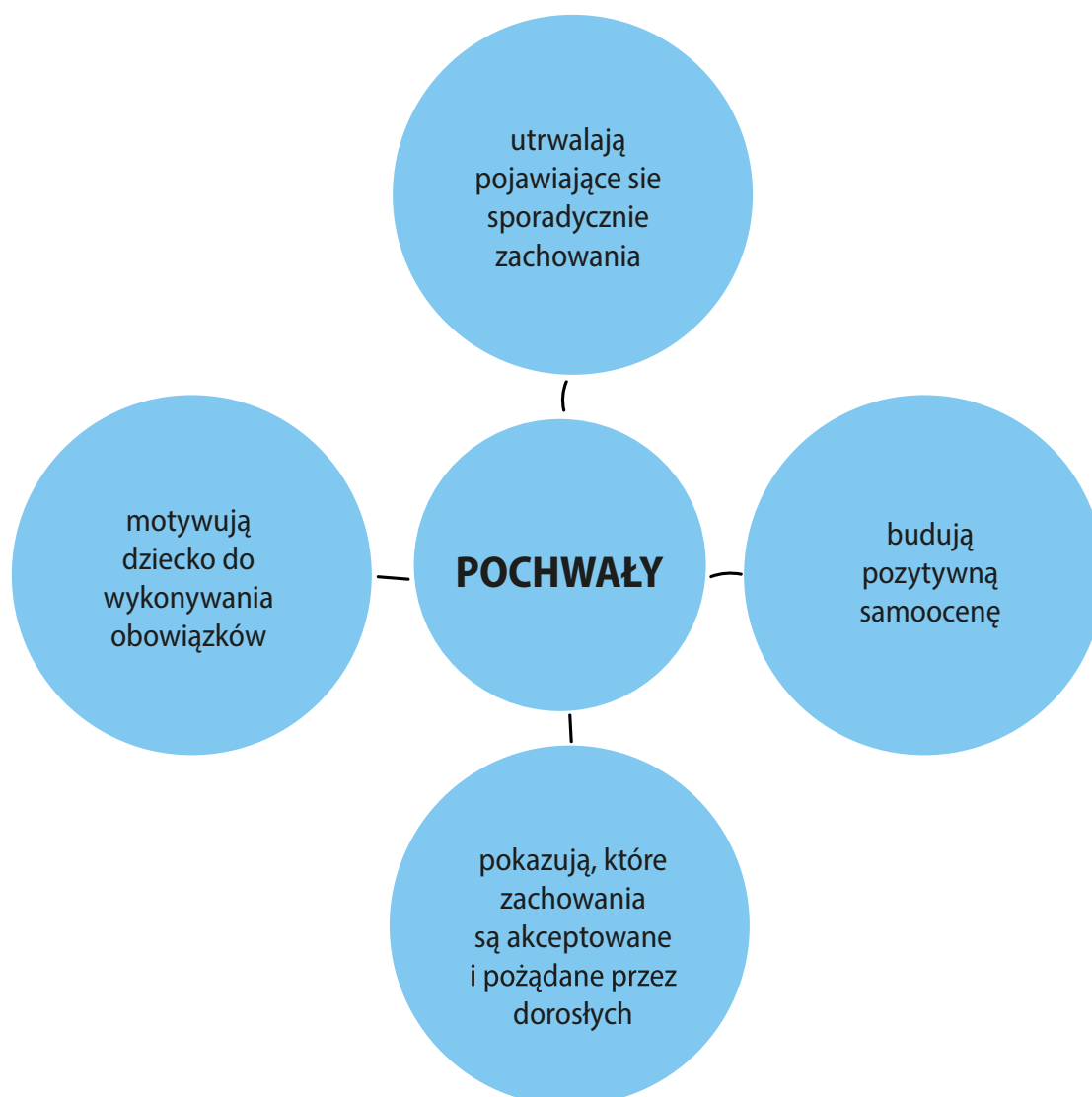
Nadpobudliwym dzieciom w trakcie procesu diagnostycznego często stawiane jest dodatkowe rozpoznanie dotyczące niskiej samooceny. Bardzo ważne jest zatem, aby specjaliści pracujący z uczniami z ADHD na terenie placówki wprowadzili takie oddziaływania, które z jednej strony ułatwią funkcjonowanie dziecka, z drugiej zaś zapobiegają powikłaniom zespołu, w tym niskiej samoocenie. Poniżej wskazano różne strategie, które mogą pomóc nauczycielom w pracy z niską samooceną ich nadpobudliwych podopiecznych.

1. W pracy z nadpobudliwym uczniem wskazane jest jak najczęstsze włączanie go w działania mające na celu integrację z zespołem klasowym.

2. Należy nagradzać ucznia za zaangażowanie, wysiłek, a niekoniecznie za efekt pracy, warto pokazać zalety popełniania błędów.
3. Warto przy każdej nadarzającej się okazji wzmacniać pozytywne myślenie o sobie.
4. Wskazane jest stosowanie wzmocnień pozytywnych (dostrzeganie pozytywów, pochwały) – **chwalimy za wszystko, co poszło lepiej niż ostatnio.**
5. Margot Sunderland (2019, s. 99) podaje, że **dziecko potrzebuje sześciu komentarzy pozytywnych na jeden negatywny, aby zachować zdrową samoocenę.** Wiele dorosłych nie potrafi temu sprostać. Sue Jenner (Sunderland, 2019, s. 99), autorka książki *The parent/child game*, dosadnie stwierdza, że dorośli narażają dziecko na krzywdę psychiczną, gdy udzielają mu mniej niż sześć pochwał na jedną krytyczną uwagę.

Rysunek 5

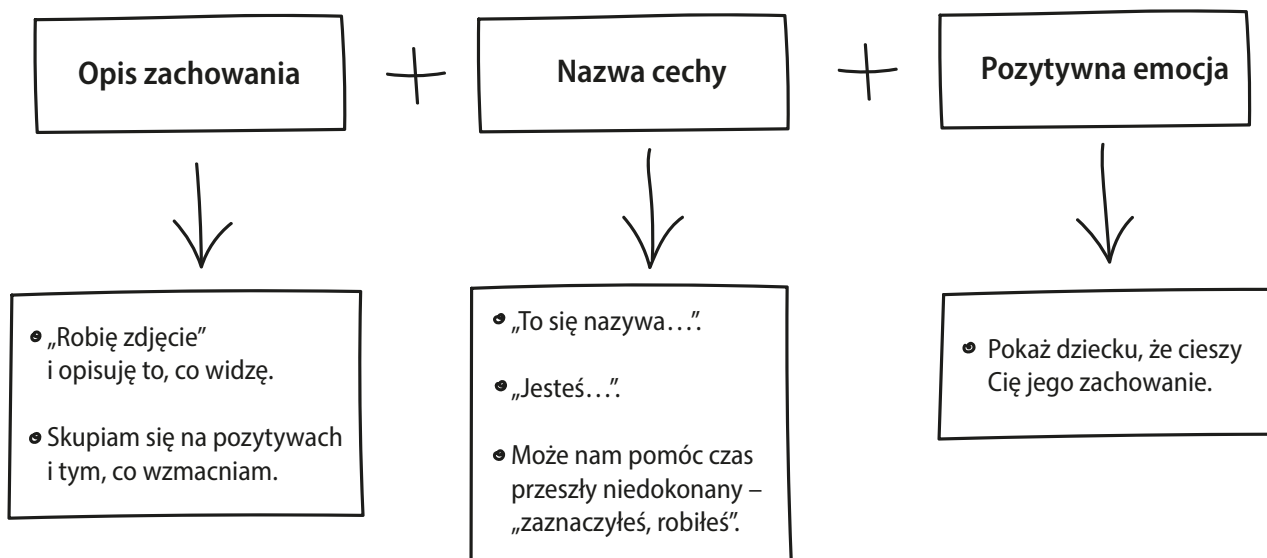
Pochwały



Źródło: oprac. aut. na podstawie Kołakowski i Pisula, 2011, s. 111.

Rysunek 6

Konstrukcja pochwały



Źródło: oprac. aut. na podstawie Kołakowski i Pisula, 2011, s. 115.

Przykłady pochwały terapeutycznej

- Zareagowałeś na mój sygnał (dziecko zaprzestało rozmowy z kolegą). To się nazywa spostrzegawczość. Dziękuję.
- Przecwiczyleś w domu nabytą umiejętność (TUS) – jesteś obowiązkowy. Brawo Ty!
- Zaznaczyłeś zadanie domowe. Jesteś obowiązkowy. Super.

1. Zaleca się okazywać zrozumienie. Stosunek nauczyciela powinien być spokojny i cierpliwy, ale też konsekwentny i kierujący, co daje poczucie wsparcia i zwiększa odporność psychiczną.
2. Wskazane jest rozwijanie zdolności, zainteresowań i ambicji, wspieranie emocjonalne oraz kształtowanie motywacji do osiągania sukcesów poprzez stosowanie wielu wzmocnień pozytywnych, podkreślanie mocnych stron ucznia, zachęcanie do swobodnego mówienia o uczuciach, docenianie wysiłku włożonego w zadanie oraz chwalenie za osiągnięcia w różnych dziedzinach.
3. To ważne, by aranżować sytuacje społeczne tak, by uczeń z ADHD mógł gromadzić dobre doświadczenia, co pozwoli na realne przeżycie sukcesu. Będzie to sprzyjać wzmacnianiu wiary w siebie i może pomóc przezwyciężać niskie poczucie wartości oraz obawę przed niespełnianiem oczekiwań.

4. Należy wspierać ucznia w pokonywaniu trudności zadaniowych poprzez naprowadzanie, zachętę, doping.
5. Warto, by dziecko poznało kolejne etapy prowadzące je do sukcesu i osiągnięć – **5 × P** (Kołakowski i in., 2007, s. 168):
 - **Postawa „odniosę sukces”**, czyli pozytywne myślenie o tym, co ma nastąpić.
 - **Plan działania** nastawiony na osiągnięcie zamierzonego celu.
 - **Próba działania** – próba wykonania planu.
 - **Pozytywne rezultaty** – pamiętajmy, że w działaniu zawsze osiąga się choćby niewielki sukces. Zadaniem nauczycieli i specjalistów pracujących z dzieckiem z ADHD jest praca nad rozwijaniem umiejętności dostrzegania pozytywów.
 - **Podtrzymywanie pozytywnego sposobu myślenia** – należy zadbać o to, by dziecko pamiętało, że osiąga sukcesy.
6. Wskazane jest zapoznanie uczniów z technikami rozwiązywania problemów i ćwiczenie z nimi tych umiejętności w radzeniu sobie z codziennymi trudnościami.
7. To ważne, by wesprzeć nadpobudliwego ucznia i jego rodziców w budowaniu dziecka tzw. „wysp kompetencji”, czyli szukaniu miejsc, gdzie będzie lubiane i akceptowane.

Pięć etapów rozwiązywania problemów

1. Identyfikowanie i definiowanie problemu – opisz problem jak najdokładniej potrafisz. Jeśli na tym etapie dostrzeżesz kilka problemów, zajmij się na początek jednym z nich. Pomocne mogą okazać się pytania:
 - Dlaczego jest to problem?
 - Jak wpływa na ucznia?
 - Czy sytuację da się rozwiązać?
 - Co się stanie, gdy wskazana trudność nie zostanie rozwiązana?
2. Wypracowanie możliwych rozwiązań (burza mózgów):
 - Wypisz jak najwięcej pomysłów.
 - Na tym etapie nie oceniaj pomysłów.
 - Pracuj twórczo, uwzględnij nawet najbardziej zabawne czy ekstremalne pomysły (ich zapisanie nie oznacza, że trzeba będzie je wprowadzić).
3. Oceń przydatność i efektywność wypracowanych rozwiązań:
 - Oceń każdy pomysł osobno.
 - Wskaż, co według ciebie się wydarzy, jeśli zastosujesz wybrany pomysł.
 - Wybierz najlepsze rozwiązanie.

4. Wdrożenie wybranego rozwiązania:

- Zastanów się, jakie kroki musisz podjąć, by wybrane rozwiązanie można było zastosować.
- Opracuj plan działania.
- Zastanów się, w jaki sposób pokonasz pojawiające się przeszkody w czasie realizacji zaplanowanego działania.
- Rozważ, czy akceptujesz wypracowany plan działania.

5. Ocena sukcesu:

- Po wdrożeniu rozwiązania uczeń powinien ocenić swój sukces.
- Jeśli pożądaný rezultat został osiągnięty, należy wprowadzić nagrodę lub pochwałę. Ważne jest, by uczeń czuł się dumny ze swojego osiągnięcia i skupił się na korzyściach, które płyną z osiągniętego sukcesu.

W przypadku gdy sukces jest częściowy lub nie zostaje w ogóle osiągnięty, należy zastanowić się nad ewentualnymi modyfikacjami dalszych etapów planu.

Źródło: Young i Bramhan, 2013, s. 156–168; Barkley, 2020, s. 330–336.

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej jest jednym z najczęściej występujących zaburzeń, z jakimi spotykamy się u dzieci w wieku szkolnym. W związku z tym możemy przyjąć, że każdy nauczyciel będzie mierzył się z tym zagadnieniem w swojej pracy. ADHD, jak już wspomniano wcześniej, stanowi nie lada wyzwanie dla specjalistów. Ułatwienie nadpobudliwym uczniom szkolnego funkcjonowania, pomimo posiadania objawów zaburzeń koncentracji uwagi, nadruchliwości oraz impulsywności, będzie wymagało od nauczycieli dużo wytrwałości, cierpliwości i ogromu pracy. Z drugiej jednak strony musimy pamiętać, że ADHD jest zaburzeniem, które w znaczący sposób wpływa na dalsze losy życiowe osób nim dotkniętych. Myśląc o ADHD, powinniśmy przede wszystkim widzieć dziecko, któremu trudno jest się odnaleźć w szkole, które cierpi, kiedy nie może sprostać stawianym przed nim wymaganiom. Dołóżmy zatem wszelkich starań, by wspomóc naszych nadpobudliwych podopiecznych, zapewniając im zdrowe, sprzyjające warunki szkolne.

Literatura

- Barkley, R. A. (2020). *ADHD. Podjąć wyzwanie. Kompletny przewodnik dla rodziców* (A. Błachnio, tłum.). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Chrażciel, K. (2011). *Dziecko z ADHD w młodszy wieku szkolnym*. Wydawnictwo Harmonia.
- Chrzanowska, B., Świącicka, J. (2010). *Oswoić ADHD. Poradnik dla rodziców i nauczycieli dzieci nadpobudliwych psychoruchowo*. Wydawnictwo Difin.
- Greenblatt, J., Gottlieb, B. (2019). *Nareszcie skoncentrowani. Innowacyjny program leczenia ADHD* (A. Kasprzyk, tłum.). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Jerzak, M., Kołakowski, A. (2015). *Uczeń z ADHD w szkole. Jak pracować z dzieckiem z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej w szkole*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Jóźwiak, J., Tarnowska-Ciosek, I. (2024). *Z tego się nie wyrasta. Kompendium ADHD*. Groomedia.
- Kołakowski, A., Pisula, A. (2011). *Sposób na trudne dziecko. Przyjazna terapia behawioralna*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kołakowski, A., Wolańczyk, T., Pisula, A., Skotnicka, M., Bryńska, A. (2007). *ADHD. Zespół nadpobudliwości psychoruchowej. Przewodnik dla rodziców i wychowawców*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kutscher, M. L. (2009). *ADHD. Naucz się żyć z ADHD. Poradnik dla rodziców i nauczycieli*. Wydawnictwo Liber.
- Leer, K. (2022). *ADHD. Mózg łowcy i inne supermoce* (M. Rost, tłum.). Znak Literanova.
- Miller, K. (2022). *Ja i moje ADHD – 60 ćwiczeń, które pomogą dziecku w samoregulacji, koncentracji i odnoszeniu sukcesów (wiek 7–12 lat)*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Pfiffner, J. (2004). *Wszystko o ADHD*. Zys i s-ka.
- PTP: Polskie Towarzystwo Psychologiczne, (2010). *Samoocena*.
<https://psychologia.edu.pl/slownik/id.samoocena/i.html>
- Srebnicki, T., Wolańczyk T. (2010). *One są wśród nas. Dziecko z ADHD w szkole i przedszkolu. Informacje dla pedagogów i opiekunów*. Ośrodek Rozwoju Edukacji.

Strichart, S. S., Mangrum, Ch. T. (2009). *Dziecko z ADHD w klasie. Planowanie pracy dzieci z zaburzeniami koncentracji uwagi* (S. Pikiel, tłum.). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Sunderland, M. (2019). *Niska samoocena u dzieci. Praktyczny poradnik dla specjalistów i rodziców* (A. Sawicka-Chrapkiewicz, tłum.). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Tyler, A. (2024). *Rozwiń skrzydła z ADHD. Jak wyciszyć umysł, odnaleźć równowagę i rozwinąć ukryte talenty*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Young, S., Bramham, J. (2013). *Psychoterapia poznawczo-behawioralna ADHD nastolatków i dorosłych. Praktyczny przewodnik po terapii* (M. Guzowska, tłum.). Wydawnictwo Naukowe PWN.

Rozdział IV

Droga do sukcesu – wskazówki dla nauczycieli pracujących z dziećmi z ADHD

Gdy nauczyciel otrzymuje informacje, że do klasy, w której prowadzi zajęcia, będzie uczęszczał uczeń z ADHD – znajduje się u początku drogi, której celem jest poznanie ucznia, stworzenie środowiska i warunków umożliwiających prawidłowy rozwój na miarę jego możliwości i potrzeb. Droga pokonywana przez nauczyciela będzie wyzwaniem i odpowiedzialnością, ale dzięki dopasowanym strategiom postępowania może prowadzić do wielkiego sukcesu – nie tylko dziecka, ale również nauczyciela i rówieśników.

W pracy z dzieckiem z ADHD nauczyciel odgrywa odpowiedzialną rolę – zapewnia prawidłowe, przyjazne otoczenie, tworzy i realizuje strategie wychowawcze, edukacyjne i terapeutyczne. Działania pedagoga mają wspomóc dziecko w zdobywaniu nowych wiadomości i umiejętności, a także być u ucznia źródłem zachowań akceptowalnych i pozytywnych.

Fundamentem terapii ucznia z ADHD jest świadomość i wiedza na temat objawów, umiejętność różnicowania cech dotyczących ADHD od zachowań dziecka, życzliwa relacja, zrozumienie i akceptacja, a także chęć niesienia pomocy i wsparcie ze strony nauczycieli i rodziców.

ADHD to nie wymówka, nie jest zwolnieniem z obowiązku szkolnego ani pretekstem do niesłuchania nauczycieli. Diagnoza ADHD jest komunikatem dla otoczenia, że dziecko wymaga od nas odpowiednich strategii. Należy pamiętać, że uczeń z ADHD nie charakteryzuje się tylko nadpobudliwością, lecz ma także wyjątkowe cechy – takie jak kreatywność, szybkość działania, odwaga, empatia.

4.1. Budowanie relacji

Rozpoczęcie terapii odgrywa kluczową rolę w kontekście całego procesu. Od pozytywnego rozpoczęcia działania zależy, czy dziecko będzie chciało współpracować, czy zdobędzie nowe umiejętności oraz czy będziemy mieli wpływ na poprawę jego funkcjonowania.

Jednym z wielu celów, jakie podejmujemy w trosce o wychowanków, jest zapewnienie przyjaznej atmosfery. Każdy proces terapeutyczny, bez względu na pojawiające się u dziecka

objawy oraz ich nasilenie i częstotliwość, powinien zostać zapoczątkowany budowaniem relacji między nauczycielem a podopiecznym. Tworzenie relacji jest procesem ciągłym i niekończącym się, w trakcie którego będziemy poznawać dziecko, jego potrzeby i możliwości, a także spędzać wspólnie czas na zabawie i rozmowie.

Początkowa faza budowania relacji będzie opierać się na kilku podstawowych zasadach – spotkanie rozpoczynamy od wspólnej rozmowy, zabawy, podczas której to dziecko inicjuje działania, a my podążamy za jego aktywnością. Pierwsze spotkania to czas pozbawiony nadmiernych wymagań – komentujemy, rozmawiamy, ale nie kierujemy do dziecka pytań i poleceń. Wspólny czas ma być miły, niekojarzony z wysiłkiem i zadaniem, ale za to przepełniony energią, entuzjazmem, z wykorzystaniem ulubionych przedmiotów. Zasady mają doprowadzić do sytuacji, w której stajemy się dla dzieci ważni i interesujący. Na kolejnych etapach nauczyciel będzie miał możliwość komunikowania poleceń i stawiania wymagań (Barbera, 2017, s. 82–87).

Budowanie relacji jest fundamentem w pracy terapeutycznej, docelowo ma doprowadzić do wykształcenia się współpracy poleceniowej, czyli sytuacji, w której dziecko wykonuje nasze polecenia, ponieważ utworzyliśmy z nim relację (Schramm, 2019, s. 88–89).

Najprostszą metodą pracy w świecie terapii jest poświęcenie uwagi – dzięki temu mamy możliwość poznać dziecko, jego zainteresowania, mocne strony, a także to, w jaki sposób uczy się. Uwaga jest bardzo efektywnym narzędziem w pracy z dziećmi ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, pozwala uniknąć pojawienia się zachowań niepożądanych, buduje poczucie wartości i rozwija sferę emocjonalną i społeczną.

Dziecko z nadpobudliwością psychoruchową powinno być otoczone przyjazną, życzliwą i spokojną atmosferą, w której nie brakuje wyrozumiałości i akceptacji.

Nauczyciel podczas budowania relacji z dzieckiem powinien umiejętnie go słuchać, charakteryzować się cierpliwością i kontrolować własne emocje i stwarzać sytuację, w której dziecko osiąga sukces (Kołakowski i Pisula, 2018, s. 98–105).

W środowisku szkolnym i przedszkolnym to rówieśnicy tworzą największą grupę społeczną. Ze względu na symptomy dziecko z ADHD będzie miało trudności z prawidłowym nawiązaniem i utrzymaniem relacji z kolegami, dlatego tak ważna jest rola nauczyciela.

Celem integracji z rówieśnikami jest włączanie dziecka w działania grupowe. W trakcie wspólnych aktywności istotne jest, aby dać dziecku możliwość zaprezentowania jego pozytywnych cech – takich jak kreatywność, szybkość działania, odwaga. Nauczyciel jest dla

uczniów bardzo ważną osobą, dlatego ważne jest, aby prezentował pozytywny wizerunek dziecka z ADHD poprzez demonstrowanie prawidłowych wzorów zachowań (Chromik-Kovačs i in., 2024, s. 89–90).

Rysunek 1

Niezbędnik nauczyciela w pracy z dzieckiem z ADHD



Źródło: oprac. aut.

4.2. Planowanie przestrzeni dziecka

Miejsce, w którym przebywa dziecko z ADHD, powinno charakteryzować się porządkiem, bezpieczeństwem i sprzyjać lepszej koncentracji. Przestrzeń, zarówno klasowa, jak i szkolna, powinna być przejrzysta i wskazywać kierunek działania.

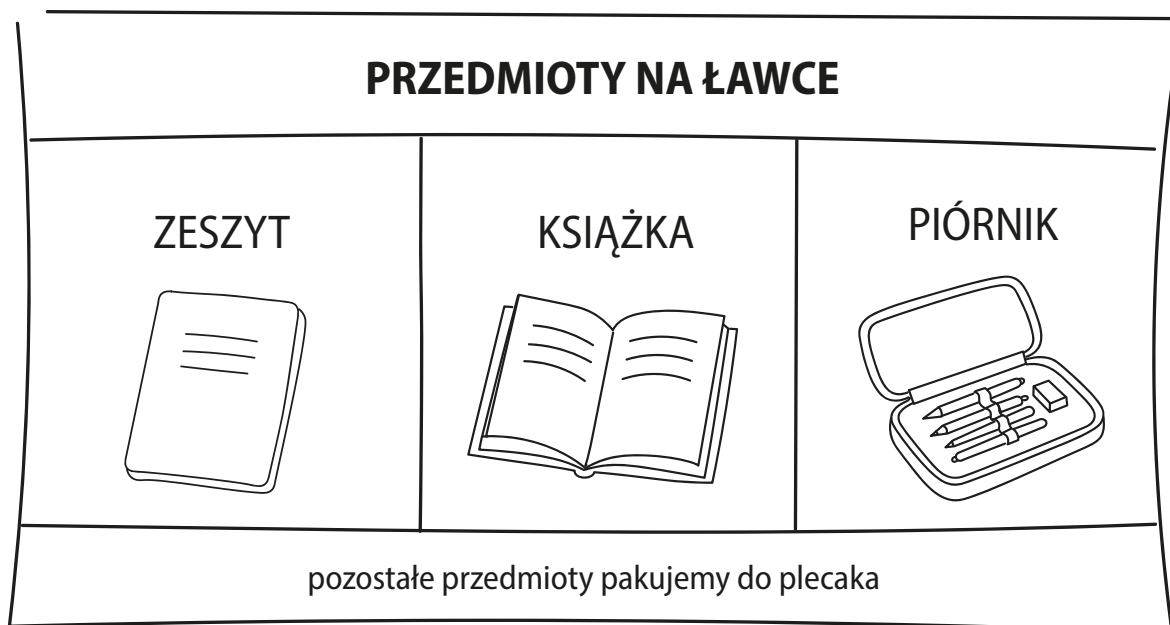
W przestrzeni dla dziecka z ADHD powinny zostać wyznaczone „kąci” sugerujące poszczególne aktywności, które można w nich podejmować – kącik odpoczynku (miejsce z poduszkami), kącik regulacji emocji (zabawki sensoryczne, podpowiedzi wizualne przedstawiające techniki samoregulacji), kącik sportowo-ruchowy (sprzęty sportowe), kącik związany ze spożywaniem posiłków (miejsce, w którym można zjeść i napić się). W pracy z uczniem z ADHD można zaobserwować sytuacje, w których dziecko nie odczuwa potrzeb płynących z ciała. Dlatego potrzebuje podpowiedzi – np. uczeń zapomina, że chce jeść, przypomina sobie o tym wtedy, gdy jego rówieśnicy spożywają kanapki. Wyznaczone przestrzenie powinny przypominać dziecku, jaką czynność może w nich wykonać.

Pomocne dla ucznia z ADHD będzie zmniejszenie ilości bodźców w jego otoczeniu. Nauczyciele odznaczają się ogromną pomysłowością, w ich klasach są bogate gazetki, piękne ozdoby i rozmaite gadżety pomocne w trakcie procesu edukacyjnego. W pracy z dzieckiem z ADHD zbyt wiele elementów w zasięgu wzroku powoduje jednak rozkojarzenie, trudności z powrotem do wykonywania zadań, a także brak reakcji na komunikaty. Zminimalizowanie liczby przedmiotów w otoczeniu, zachowanie porządku i wyeliminowanie zbyt wielu kolorów w pomieszczeniu pozwoli stworzyć przestrzeń wolną od nadmiernej ilości bodźców. Przedmioty wydające dźwięki warto usunąć z miejsca nauki (Kołakowski i Pisula, 2018, s. 118–120).

W pracy z dzieckiem z ADHD warto wykorzystywać technikę „pustego biurka” – pozwala ona na utrzymanie porządku w miejscu nauki i przyczynia się do lepszego skupienia uwagi (Kołakowski i in., 2023, s. 140). Na stoliku powinny zostać przedmioty niezbędne do realizacji zajęć – pozostałe należy schować w plecaku lub w specjalnie oznaczonym pudełku. Gdy wymagamy od dziecka posprzątania, staramy się wyznaczyć na to ramy czasowe. Aby ułatwić dziecku zastosowanie tej techniki, można wykorzystać poniższą listę kontrolną, ułatwiającą weryfikację, czy na ławce zostały tylko potrzebne przedmioty.

Rysunek 2

Lista kontrolna wyposażenia ucznia podczas lekcji



Źródło: oprac. aut.

Ze względu na charakterystyczne objawy ADHD, czyli nadaktywność i obniżoną koncentrację uwagi, dzieci gubią swoje rzeczy lub zapominają je zabrać. Warto zasugerować, aby uczeń był

wyposażony w dwa komplety przyborów potrzebnych do realizacji zajęć – nawet gdy dziecko zgubi linijkę, w plecaku znajdzie drugą.

Zajęcia dla dziecka z ADHD to bardzo duże wyzwanie, w czasie którego musi zachować odpowiednią koncentrację, by mogło przyswajać wiedzę i nie przeszkadzać rówieśnikom i nauczycielowi. Uczniowi należy wyznaczyć stałe miejsce do siedzenia, najlepiej w niewielkiej odległości od nauczyciela, który będzie mógł sprawdzać efekty pracy ucznia i wspierać go w razie potrzeby. Ważne, aby miejsce znajdowało się blisko tablicy, ale nie przy oknie i drzwiach (najlepiej w środkowym rzędzie). Obok dziecka z ADHD należy umiejscowić rówieśnika, który odznacza się spokojem i odpowiedzialnością, by mógł być wsparciem dla swojego kolegi.

Przestrzeń dla dziecka z ADHD musi być odpowiednio oświetlona (należy zrezygnować z jaskrawych kolorów, a stawiać na oświetlenie naturalne). Możemy pozwolić, aby uczeń miał sprzęty wspomagające proces koncentracji – słuchawki wyciszające, zabawki sensoryczne – służące do manipulacji, pomagające zredukować stres (Karcz-Czajkowska, 2025, s. 246–252).

4.3. System zasad

Zachowanie dziecka z ADHD, które nie wykonuje poleceń, przerywa zadania, odwraca się do rówieśników, nie jest celowe. Uczeń potrzebuje wsparcia w postaci jasnego, przejrzystego systemu zasad. Ustalenie w społeczności szkolnej norm przyczynia się do tego, że dziecko zachowuje się w sposób akceptowalny społecznie. Zasady mają być dla ucznia z ADHD wskazówką, jak należy postępować i jak się zachowywać, a nie zakazem (Kołakowski i in., 2023, s. 187–191).

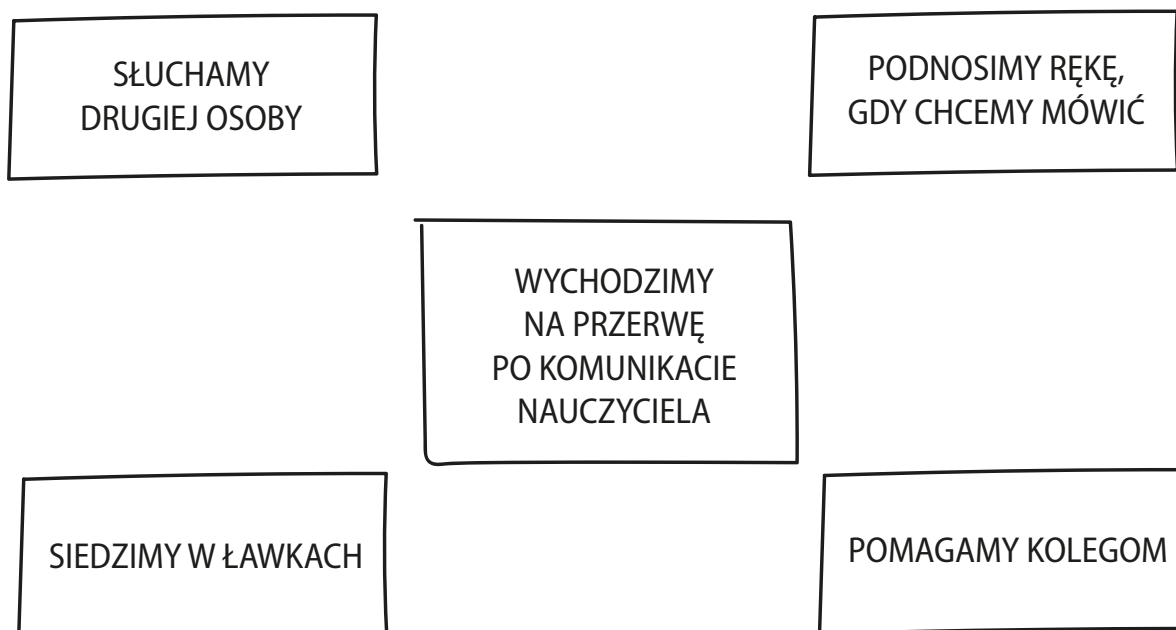
Schemat tworzenia zasad w społeczności szkolnej i przedszkolnej

1. System zasad tworzymy na początku roku szkolnego (lub podczas nowych aktywności czy zajęć).
2. Zasady konstruujemy jasno, konkretnie i krótko – im krótsza zasada, tym łatwiej ją zapamiętać.
3. Zasady muszą być sformułowane pozytywnie i wskazywać postępowanie dziecka – „Po dzwonku siadamy w swojej ławce”, „Po skorzystaniu z toalety myjemy ręce”.
4. System zasad umieszczamy w widocznym miejscu. Można zwizualizować zasady za pomocą ilustracji.
5. System powinien składać się z 1–6 zasad.
6. Wprowadzamy zmiany, jeśli wystąpi taka potrzeba (np. gdy pojawiają się nowe trudności lub gdy wcześniej powstałe problemy zanikną).

7. Zasady komunikujemy, zwracając się do dziecka po imieniu i nawiązując z nim kontakt wzrokowy.
8. Pilnujemy przestrzegania systemu zasad przez wszystkie osoby w otoczeniu – nauczyciele również postępują zgodnie z zasadami.
9. Wielokrotnie przypominamy zasady, opisując je, pytamy uczniów, jak opisaliby konkretną zasadę, sprawdzając przy tym poziom ich rozumienia (Kołakowski i Pisula, 2018, s. 142–146).

Rysunek 3

Przykładowy system zasad



Źródło: oprac. aut.

4.4. Zmniejszanie ilości materiału

Wykonywanie zadań szkolnych jest dla ucznia z nadpobudliwością psychoruchową wyzwaniem – liczba ćwiczeń, ich złożoność i często niezrozumiałe, wieloetapowe instrukcje są powodem niepokoju i nadmiernego stresu.

Elementem procesu terapeutycznego jest **zmniejszenie ilości materiału**. Daje to dziecku możliwość szybszego i płynniejszego nabywania nowych wiadomości. Do sposobów zmniejszania ilości materiału należą: dzielenie zadania na kilka krótszych, ograniczenie liczby przykładów, rozkładanie zadania na kroki, minimalizowanie przykładów, które są do siebie podobne.

W sytuacji gdy dziecko z ADHD odczuwa osłabioną koncentrację, można skrócić czas wykonywanego zadania. Przed rozpoczęciem aktywności należy określić czas potrzebny, by doprowadzić czynność do końca.

Praktyczne przykłady zmniejszania ilości materiału

1. Nauka słów z języka angielskiego może obejmować jedynie wyrazy umieszczone w kolumnie po prawej stronie w podręczniku.
2. Naukę wiersza przeprowadzamy z podziałem na krótsze fragmenty (wybieramy np. dwa wersy zamiast czterech).
3. Działania matematyczne – losujemy, wykonujemy te, które zostały wylosowane.
4. Zadania na kartach pracy – wybieramy tylko trzy zadania do wykonania.
5. Sprawdzian – zakrywamy zadania, których nie wykonujemy, lub stosujemy ramkę, w której znajduje się obecnie realizowane ćwiczenie.
6. Odpowiedź ustna – zachęcamy do tworzenia wypowiedzi składających się z pięciu zdań (Kołakowski i Pisula, 2018, s. 71–74).

4.5. Komunikacja i polecenia

W trakcie procesu terapeutycznego prawidłowa komunikacja z wychowankiem, ukierunkowana na skuteczne wydawanie poleceń, jest niezwykle ważna.

Skuteczne wydawanie poleceń jest prostym i efektywnym narzędziem, które poprawia funkcjonowanie dziecka, ale wymaga zaangażowania i pracy nauczyciela.

Trudności w sferze deficytu uwagi powodują, że dziecko nie potrafi wykonać serii próśb, dlatego należy kierować do niego tylko jedno polecenie, oczekiwać na realizację zadania i dopiero po tym zakomunikować następne. Polecenia powinny być krótkie (około 4–8 słów), jednoznaczne i precyzyjnie sformułowane, prezentowane spokojnym tonem. Jeśli chcemy zwrócić uwagę dziecka, należy zaakcentować początek komunikatu lub użyć charakterystycznego sygnału, gestu lub znaku (np. zapukanie w stół, wypowiedzenie kluczowego słowa, chrząknięcie) (Kołakowski i in., 2023, s. 159–161).

W kontakcie z dzieckiem z ADHD potrzebne może okazać się kilkukrotne powtórzenie jednego polecenia, by zostało ono zapamiętane. Warto pamiętać o utrzymywaniu kontaktu wzrokowego i zwracaniu się do dziecka po imieniu. W przypadku komunikatów kierowanych do grupy, po instrukcji zwracamy się dodatkowo do dziecka (Chromik-Kovačs i in., 2024, s. 103).

Komunikaty do dziecka nie powinny zawierać pytań – mają być zachętą do wspólnego działania. Prezentujemy prośby w sposób pozytywny, ukierunkowany na działanie („Usiądź na krześle”), nie stosujemy poleceń negatywnych („Nie chodź po klasie”). W trakcie wydawania polecenia nauczyciel może zanotować kluczowe słowa lub znaki.

Schemat kierowania polecenia

1. Podchodzę do ucznia.
2. Nawiązuję kontakt wzrokowy i wołam po imieniu – zdobywając uwagę dziecka.
3. Kieruję do dziecka polecenie – np. „Julia, wyciągnij kredki”.
4. Proszę dziecko, aby powtórzyło polecenie i opowiedziało samodzielnie, jaką czynność ma wykonać.
5. Sprawdzam realizację polecenia.
6. W razie potrzeby stosuję wielokrotne powtórzenie polecenia (Kołakowski i Pisula, 2018, s. 85–91).

Zadaniem nauczyciela jest sprawdzanie postępów dziecka w trakcie wykonywania ćwiczenia oraz chwalenie – za prawidłowe zachowania, za inicjowanie działania, za wykonanie zadania oraz za poprawność wykonania. Wydawanie poleceń wiąże się ze wskazaniem odpowiedniego czasu na realizację zadania. Nauczyciel powinien zaznaczyć, kiedy rozpoczyna się zadanie i ile będzie czasu na jego wykonanie.

Przykłady poleceń dla ucznia z ADHD

- „Wyciągnij zeszyt”.
- „Śmieci do kosza”.
- „Zrób zadanie trzecie”.
- „Zasuń krzesło”.
- „Usiądź” (Gutenberg-Piela, 2025, s. 161–168).

4.6. Organizacja lekcji

Praca z dzieckiem z nadpobudliwością psychoruchową to dla nauczyciela szereg działań terapeutycznych, których celem jest minimalizowanie zachowań trudnych i stworzenie przestrzeni na zachowania akceptowalne społecznie. Nauczyciel prowadzi zajęcia w przyjaznej atmosferze, realizując właściwe strategie. Odpowiednia **organizacja zajęć** to kluczowa działalność nauczyciela, dzięki której dziecko ma możliwość zdobywania nowych umiejętności na miarę swoich możliwości psychofizycznych.

Każda lekcja powinna mieć **stałą i przewidywalną strukturę** z wykorzystaniem powtarzalnych elementów, takich jak powitanie, sprawdzenie obecności, prezentacja tematu, praca w grupach i zakończenie. Zadaniem nauczyciela jest budowa struktury lekcji tak, aby nowe działania oraz rozpoczęcie i zakończenie zajęć były wyraźnie zaakcentowane.

Na początku roku szkolnego uczeń otrzymuje **plan lekcji** – to niedoceniane, ale bardzo pomocne działanie. To właśnie plan lekcji daje dziecku poczucie bezpieczeństwa i możliwość przewidywania kolejnych działań, na które może się przygotować. Plan lekcji nie musi być kartką przyklejoną do tablicy – może być doskonałą wizualizacją rozkładu zajęć lub organizacji pracy szkolnej zarówno dla dziecka, jak i nauczyciela. Plan można przedstawić za pomocą symboli, ilustracji lub rysunków, by mógł mieć ciekawszą formę.

Warto pamiętać, że bardziej wymagające lekcje powinny znaleźć się w planie na początku dnia, z kolei zajęcia ruchowe dobrze przeprowadzać pod koniec dnia (Kołakowski i in., 2023, s. 153–156).

Każda lekcja to wachlarz różnorodnych ćwiczeń, zadań i obowiązków. Dziecko z ADHD wymaga odpowiednich strategii, by mogło uczestniczyć aktywnie w zajęciach, realizując je w takim stopniu, jak rówieśnicy.

Zadania, które są dla dziecka nowe, trudne lub nietypowe, należy poprzedzić dokładną **instrukcją** podzieloną na kroki oraz **demonstracją i przykładem**. Jako nauczyciele chcemy, aby wszystkie zadania zostały wykonane w sposób staranny i doprowadzone do końca. Każde zadanie powinno mieć **określony czas, zaznaczony początek** oraz **przypomnienie o końcu** (np. 5 minut przed zakończeniem zadania sygnalizujemy dziecku, że za 5 minut zakończy się czas). Nauczyciel musi dopasować czas na wykonanie zadania do możliwości skupienia się dziecka. Należy **podzielić zadania na krótsze etapy**, by dziecko odczuwało motywację i mogło cieszyć się częściowymi osiągnięciami, a nie czuło się zniechęcone i znudzone. Nauczyciel ma za zadanie **stopniowo wydłużać czas** oraz **zwiększać stopień trudności**. Gdy wymaganie jest dla ucznia zbyt trudne, należy znaleźć alternatywne rozwiązania – zmniejszyć ilość materiału, zastosować wizualizację zadania, wykorzystać przerwy, uwzględnić zainteresowania dziecka, sięgnąć do technologii komputerowej (Karcz-Czajkowska, 2025, s. 142–159).

Program terapeutyczny zakłada, że należy **poświęcać dziecku dużo czasu** (zwłaszcza gdy jest spokojnie i pracuje), a także tworzyć sytuacje, w których uczeń będzie mógł **zaprezentować się w pozytywnym świetle** (organizacja pokazu talentów, zajęcia o zainteresowaniach, stosowanie metod aktywizujących).

Aby wspomóc dziecko z ADHD w trakcie lekcji, nauczyciel powinien stosować **naprzemienne rodzaje aktywności**. Dziecko musi mieć możliwość regulowania nadmiernej ruchliwości, by z powodzeniem mogło skoncentrować się na wykonywanych zadaniach. Należy też pozwolić mu na przemieszczanie się po klasie, kiedy odczuwa taką potrzebę – ważne, aby dziecko zakomunikowało ją i zaspokoilo w ustalonym czasie, nie przeszkadzając swoim rówieśnikom (Chromik-Kovačs i in., 2024).

Najbardziej efektywną formą pracy dziecka z ADHD jest **praca w parach**, a w dalszej kolejności praca w **grupach**. Mniejsza liczba osób wpływa pozytywnie na koncentrację uwagi dziecka oraz jego chęć inicjowania działań.

Na lekcji z dzieckiem z nadpobudliwością psychoruchową należy:

- udzielać przejrzystych i jasnych wskazówek,
- rozpoczynać zadania od tych najprostszych,
- stosować wielokrotne powtórzenia – by zwiększyć szanse zapamiętywania,
- prezentować skrócone notatki z zaakcentowaniem najważniejszych informacji,
- stosować podsumowania,
- korygować pracę dziecka w trakcie jej wykonywania,
- regularnie sprawdzać postępy w czasie lekcji,
- podawać istotne informacje przed zakończeniem lekcji, a nie w momencie usłyszenia dzwonka,
- chwalić dziecko za włożony wysiłek, za pracę, za wykonanie zadania (Kołakowski i in., 2023, s. 222–226).

Sprawdziany, testy i kartkówki, służące sprawdzaniu pozyskanych przez dziecko umiejętności i wiedzy, niosą ze sobą nieprzyjemne emocje i nadmiar stresu, dlatego należy zastosować **różnorodne formy sprawdzania wiedzy** (np. test wykonany za pomocą aplikacji, zadania wyświetlane na tablicy interaktywnej, odpowiedź ustna w formie wiersza, udzielanie odpowiedzi na konkretną literę, wykonywanie przykładów na czas).

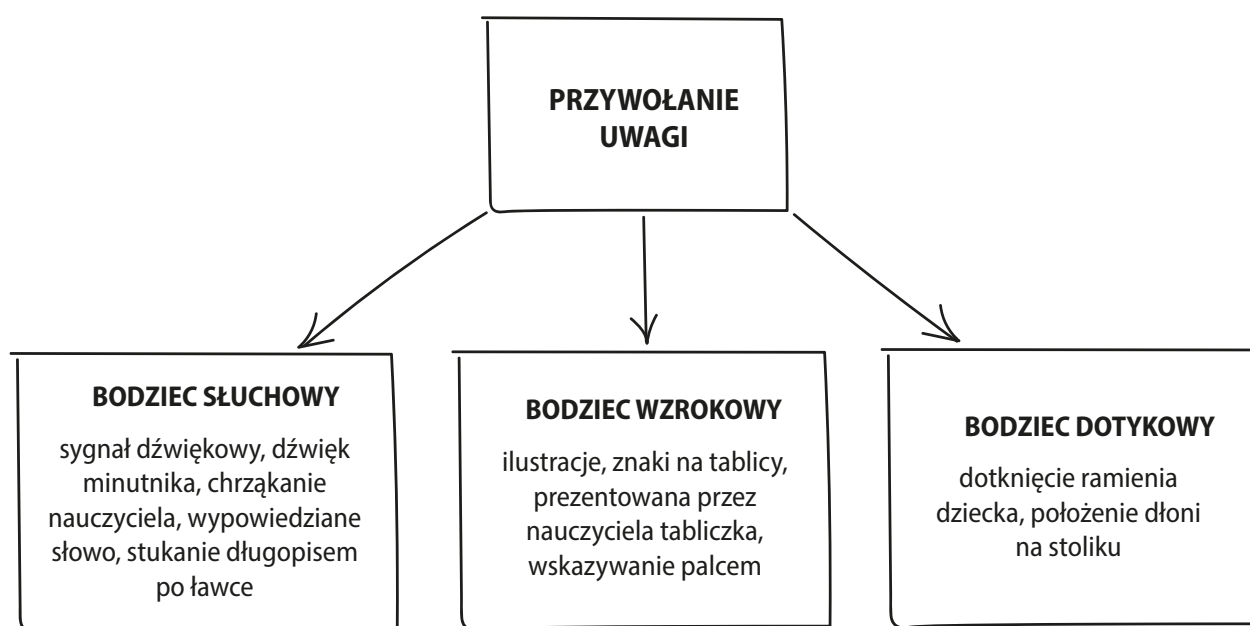
Uczeń z ADHD powinien otrzymać pomoc i wsparcie w zakresie kontrolowania efektywności realizowanych zadań, a także zostać zachęcony do samodzielnego sprawdzania efektów swoich działań (Kołakowski i in., 2023, s. 131–149).

Przywoływanie uwagi

Uczeń z ADHD to dziecko, które z dużą częstotliwością rozprasza się najmniejszym dźwiękiem lub widokiem. Tak łatwo jest dziecku utracić uwagę, a tak trudno jest ją pozyskać. Pomocna jest rola nauczyciela, który może zastosować strategię **przywoływania uwagi**. Poniżej przedstawiono propozycje bodźców, dzięki którym uwaga może zostać przywrócona.

Rysunek 4

Strategia przywoływania uwagi



Źródło: oprac. aut.

Dobór odpowiedniego sposobu zależy od możliwości i potrzeb dziecka oraz jego środowiska. Nauczyciel wraz z uczniem mogą stworzyć i wykorzystywać własny sygnał do przywoływania uwagi – ważne, by nie kojarzył się on negatywnie, ale był wsparciem (dźwięk w telefonie, trzykrotne klaśnięcie, wypowiedzenie komunikatu „Działamy!”).

Aby uwaga dziecka nie została utracona, należy co kilka minut sprawdzać pracę dziecka i kontrolować skupienie uwagi. W razie problemów nauczyciel powtarza instrukcję i motywuje ucznia do działania.

Pomocną w przywoływaniu uwagi techniką jest manipulacja przedmiotem – czyli stosowanie niewielkiego obiektu, którego można dotknąć, zmieniać jego elementy i poruszać nim w czasie lekcji. Celem tego rodzaju aktywności jest pomoc uczniowi w skupieniu uwagi na wykonywanym zadaniu. Odpowiednio wykorzystana manipulacja przedmiotem będzie wartościowym narzędziem wspierającym proces dydaktyczny i rozwój uwagi ucznia. Nie może

jednak ów przedmiot przeszkadzać innym uczestnikom zajęć (nie może być duży i głośny) (Kołakowski i Pisula, 2018, s. 74–76).

Przerwy

W pracy z dzieckiem z ADHD przerwy będą służyły jako czas na odpoczynek, samoregulację, rozładowywanie napięcia, rozwijanie zainteresowań, ale również jako proces terapeutyczny, który posłuży do nauki niezbędnych umiejętności.

Nauczyciel, tworząc **plan dnia**, powinien uwzględnić w nim **przerwy**, aby dziecko wiedziało, kiedy może się ich spodziewać – oprócz przerw ujętych w planie lekcji warto zaproponować przerwy śródlekcyjne. Na zajęciach warto korzystać ze schematu: ćwiczenie – przerwa – ćwiczenie – przerwa. Ważnym elementem w pracy z dzieckiem z ADHD jest przestrzeganie zasady „Najpierw obowiązki, potem przyjemności”. W przeciwnym razie dziecko niechętnie będzie podejmować działanie (Kołakowski i Pisula, 2018, s. 121). Wszystkie przerwy pozytywnie wpływają na koncentrację uwagi dziecka, a także wspierają procesy uczenia się.

Aby przerwy spełniały swoją funkcję, warto motywować dziecko do spędzania wolnego czasu w sposób aktywny poprzez wykorzystanie ruchu. Dziecko oczekuje od nauczyciela wskazówki dotyczącej formy aktywności – należy proponować uczniom przerwy w formie zajęć ruchowych, sportowych, ponieważ ich celem jest ukierunkowanie nadmiernej ruchliwości dziecka (Kołakowski i Pisula, 2018, s. 72, 78).

Przerwa to też czas dla nauczyciela, by mógł poobserwować dziecko, pozyskać informacje, przygotować strategię na kolejną lekcję i zregenerować siły.

Potrzeba aktywności ruchowej

Uczeń, który przejawia nadaktywność ruchową, nie jest dzieckiem zajmującym jedną pozycję przez dłuższy czas. Ma potrzebę ciągłego poruszania i przemieszczania się. Dziecko wykonuje liczne ruchy, które nie mają określonego celu, ale pomagają mu lepiej skoncentrować się, rozpocząć i doprowadzić zadanie do końca. Nie należy hamować nadmiernej ruchliwości, ale trzeba ukierunkowywać ją. Akceptujemy i chwalimy, kiedy uczeń prezentuje aktywność, która nie przeszkadza innym.

Nawet najprostsze zadanie dla dziecka z ADHD stanowi wyzwanie w kontekście utrzymania uwagi i koncentracji, dlatego warto pozwolić dziecku na niewielki **ruch**, który pomoże mu się skupić. Najważniejsze jest ustalenie zasad poruszania się w trakcie zajęć, tak by było to

pomocne dla dziecka, a zarazem nieutrudniające dla grupy. To nauczyciel musi zdecydować, jakie aktywności może podejmować dziecko, a których nie powinno.

Wskazywanie **dodatkowych zadań** daje dziecku możliwość poruszania się, przyczyniając się do pełniejszego skoncentrowania na działaniach. Nauczyciel powinien wyszukiwać **zadania oparte na ruchu** – dzieci z ADHD będą realizować je chętniej, ale także zapamiętają więcej informacji. Zadania, które standardowo wykonuje się w ławce, siedząc na krześle, można przeprowadzić w różnorodny sposób – **w pozycji stojącej, w siadzie skrzyżnym, siedząc na krześle lub na podłodze, w pozycji leżącej** (Chromik-Kovačs i in., 2024, s. 142–143).

Pomysły na ukierunkowanie potrzeby ruchu:

- wycieranie tablicy,
- przygotowywanie pomocy dla nauczyciela,
- rozdawanie rówieśnikom materiałów,
- proste ćwiczenia ruchowe,
- ułożenie przedmiotów na ławce,
- policzenie przedmiotów w otoczeniu,
- rozciąganie się,
- wykonanie kilku oddechów.

Techniki aktywizacji dziecka

Aktywna i otwarta postawa nauczyciela czyni naukę ciekawszą i wartą zachodu. Treści nauczania powinny być prezentowane w sposób dynamiczny, efektowny i interesujący, wykorzystując metody aktywizujące oraz środki ekspresji (ciekawa rozmowa, wykorzystanie interesujących przemówień, wykorzystanie rysunku, fotografii, efektów dźwiękowych i muzyki, tańca, filmów oraz prezentacji multimedialnych). Zajęcia dla uczniów z ADHD powinny być **twórcze, innowacyjne**, realizowane tak, by uczestnicy mogli w nich brać **aktywny udział** (Kołakowski i Pisula, 2018, s. 78).

Sposoby aktywizowania uczniów z ADHD podczas zajęć to np.:

- wykorzystanie materiałów dydaktycznych, które można poznać wielozmysłowo (prezentowanie prawdziwych materiałów, nie tylko ilustracji),
- przeprowadzanie dyskusji, burzy mózgów,
- wykorzystywanie elementów humorystycznych – opowiadanie i tworzenie memów, wierszy, piosenek, ilustracji, neologizmów,

- prezentowanie „niespodzianek” – mogą być to pudełka, koperty, torebki, w których znajdują się materiały niezbędne do przeprowadzenia lekcji, a które pozostają przez chwilę tajemnicą,
- podawanie przykładów,
- kierowanie pytań w nietypowej formie – np. pytania do chłopców, pytania do osób, które wstały dziś prawą nogą, pytania do osób, które jadły wczoraj lody, uczniowie wybierają numer, kolejno nauczyciel losuje, osoba z podanym numerem udziela odpowiedzi,
- udzielanie odpowiedzi w sposób niestandardowy – odpowiedzi chórem, odpowiedzi rzędami lub ławkami, odpowiedzi zaszyfrowane, odpowiedzi wierszem, odpowiedzi zapisywane na tablicy lub kartkach,
- opowiadanie historyjek – prawdziwych i wymyślonych,
- przywoływanie własnych doświadczeń,
- wykorzystywanie technologii komputerowych i informacyjnych – tablety, drukarki 3D, długopisy 3D, tablice interaktywne, dywan interaktywny, aplikacje,
- zamiana ról – uczeń zamienia się z nauczycielem, a jego zadaniem jest przeprowadzenie zajęć,
- wykorzystanie piosenek,
- wykorzystanie technik pamięciowych,
- stosowanie minutnika lub innego czasomierza w wykonywaniu zadań na czas (Chromik-Kovačs i in., 2024, s. s. 134).

Bardzo ważne w pracy nauczyciela jest włączanie zainteresowań dziecka. Uczeń czuje się dzięki temu akceptowany i odczuwa motywację do działania.

Techniki wizualizacji

Zobrazowanie informacji lub działań ma ogromne znaczenie w codzienności dziecka z nadpobudliwością psychoruchową. Stanowi ono formę przypomnienia zasad, aktywności i zadań. Techniki wizualne, wspomagając proces uczenia się, przyczyniają się do redukcji stresu, a także ułatwiają zapamiętywanie treści (Kołąkowski i Pisula, 2018, s. 73).

Techniki wizualizacji do wykorzystania w środowisku szkolnym to np.:

- zaznaczanie najważniejszych wiadomości w notatkach (z wykorzystaniem rysunków, karteczek, ramek lub kolorów),
- notowanie najważniejszych informacji na tablicy,
- stosowanie naklejek, kolorowych mazaków, karteczek samoprzylepnych,
- wykonywanie fiszek,
- tworzenie planów i list zadań – można je wykorzystać do nauki właściwie każdej czynności (np. pakowanie plecaka, pisanie opowiadania, jazda autobusem),

- stworzenie i uzupełnianie tablicy, na której będą pojawiały się najważniejsze informacje,
- prezentowanie zasad w formie obrazków, ilustracji, symboli,
- tworzenie schematów, map myśli, grafów,
- ilustrowanie planu dnia, planu lekcji,
- „przypominajki” na lekcji – przedstawienie zasad za pomocą ilustracji,
- zaprezentowanie ilości pracy do wykonania w formie wizualnej, np. za pomocą ilustracji pizzy podzielonej na części – jedna część zadania to jeden kawałek pizzy, cała pizza oznacza wykonanie całego zadania,
- zaznaczanie przez dziecko kroków, które zostały zakończone (kolorowanie, zaznaczanie) (Chromik-Kovačs i in., 2024, s. 137).

Rysunek 5

Checklista – wyjście na przerwę

CHECKLISTA – WYJŚCIE NA PRZERWĘ

ZAPISAŁEM NOTATKĘ ☐

USŁYSZAŁEM „DO WIDZENIA” ☐

SPAKOWAŁEM PIÓRNIK
I ZESZYT DO PLECAKA ☐

WSZYSTKIE ZAKOLOROWANE KROPKI = PRZERWA

Źródło: oprac. aut.

4.7. Systemy motywacyjne

System uwagi i aprobaty

Niejednokrotnie uczniowie z ADHD w czasie zajęć uzyskują więcej uwagi ze strony dorosłych i kolegów, gdy przejawiają zachowania trudne. Nawet jeśli osoba prowadząca zajęcia upomina lub przypomina o zasadach, dla dziecka samo pozyskanie zainteresowania i kontakt z nauczycielem są nagradzające, więc będzie ono powtarzać zachowania nieakceptowalne społecznie.

Warto wykorzystać technikę „systemu uwagi i aprobaty”, w której świadomie kierujemy naszym działaniem, aby nasycić uczniów atencją, kiedy są spokojni i wykonują prośby.

Kiedy podopieczny współpracuje, patrz na niego, mów do niego, doceniaj i chwal.

Pochwały

Pochwały pomagają dzieciom nabywać umiejętności akceptowalne społecznie. Dostrzeganie małych sukcesów uczniów umożliwia im budowanie poczucia własnej wartości oraz pokonywanie napotkanych trudności.

Pochwała to dostrzeżenie i nazwanie tego, co udało się naszym podopiecznym „zrobić dobrze”. Ten pozytywny komunikat daje dziecku informację, jakie zachowanie jest dla nas cenne.

Pamiętaj, pochwała to:

ZACHWYT	+	OPIS ZACHOWANIA
---------	---	-----------------

lub

NAZWANIE CECHY	+	OPIS ZACHOWANIA
----------------	---	-----------------

Przykładowo:

Super	+	słuchałeś historii.
Ekstra	+	napisałeś opowiadanie.
Świetnie	+	odpowiedziałeś na pytanie.
Cieszę się	+	że przestrzegasz naszej umowy.
Pamiętasz o naszej umowie	+	siedzisz w ławce, kiedy rozwiązujesz ćwiczenia.

Jesteś obowiązkowy + pamiętałeś o przyborach na lekcję plastyki.
To dobre przygotowanie do lekcji + wyjąłeś książki i zeszyt na stół.

Chwaląc, pamiętaj:

- aby być uważnym i doceniać to, co obecnie jest trudne dla ucznia,
- aby doceniać wkład pracy dziecka, a nie tylko efekt wykonanego zadania,
- aby pochwała była szczerą i autentyczną,
- aby nie wplatać w pochwały krytyki – nie używaj „ale”, sarkazmu oraz ironii.

Przykładowo:

- Dziś byłeś spokojny – taka pochwała sugeruje, że uczeń był niespokojny wcześniej, innego dnia.
- Super rozwiązałeś zadanie, ale nie powinieneś chodzić po klasie – w takiej pochwie podkreślamy niewłaściwe zachowanie ucznia.

Źródło: Kołakowski i in., 2025, s. 179–181.

Wszystkie dzieci potrzebują pochwał, a uczniowie z ADHD potrzebują ich o wiele więcej. Jeśli zapominasz chwalić, przygotuj dla siebie pomoc wizualną i stawiaj kreskę przy imieniu dziecka za każdym razem, kiedy je pochwalisz.

Rysunek 6

Dziennik pochwał

Dziś pochwaliłam(-em)	
Jaś	
Kasia	
Staś	

Źródło: oprac. aut.

Pochwała nie wprost

Jeśli uczeń ma problem z przyjmowaniem pochwał, można spróbować techniki terapeutycznej „pochwała nie wprost”. Polega ona na tym, że chwalimy ucznia, przekazując informację innym – np. wychowawca klasy opowiada o sukcesach podopiecznego jego rodzicowi, tak aby dziecko to usłyszało (Kołakowski i in., 2023, s. 175–178).

Technika pozytywnego podsumowania

Pod koniec każdej lekcji warto ją podsumować oraz omówić jej przebieg, koncentrując się na pozytywnych zachowaniach uczniów. W ten sposób kierujemy uwagę na dobre strony, a dziecko otrzymuje informację, jakie zachowania są doceniane. Dzięki temu wie, jakie działania warto powtórzyć, aby zostać wyróżnionym (Kołakowski i in., 2023, s. 178).

Rysunek 7

Przykłady pozytywnego podsumowania

Zajęcia rewalidacyjne	Dziś rozpoznawaliśmy emocje z mowy ciała na zdjęciach. Świetnie rozpoznajesz, kiedy ktoś odczuwa radość lub złość.
Edukacja wczesnoszkolna	Na lekcji ćwiczyliśmy dodawanie. Natalko, bardzo dobrze wykonałaś zadania przy tablicy. Tomku, świetnie zapisałeś wszystkie przykłady w zeszycie. Marcel, cieszę się, że spokojnie pracowałeś.

Źródło: oprac. aut.

Systemy punktowe i żetonowe

Dzięki systemom żetonowym i punktowym można wydłużyć czas pomiędzy pozytywnym zachowaniem dziecka a otrzymaniem nagrody. Systemy te pokazują uczniowi, jakie zachowania są dla nas ważne, a także pomagają utrwalić nawyki.

Formę systemu należy dopasować do podopiecznego. Dziecko może zbierać punkty, kropki, żetony, obrazki, przedmioty, np. pompony, piórka, małe gniotki. Należy pamiętać, że uczniowi z ADHD łatwiej będzie skupić się na czymś, co jest dla niego wyraźne i interesujące (np. zbierane żetony mogą być postaciami z bajek).

Można wprowadzać systemy indywidualne lub grupowe.

Systemy indywidualne

Przed wprowadzeniem systemu trzeba ustalić z uczniem:

- za jakie zachowanie będzie nagradzany (np. współpraca – wykonywanie zadań, spokojne pozostawanie przy stoliku),
- kiedy lub za ile punktów jaką nagrodę otrzyma:
 - możemy ustalić, że za daną liczbę punktów dziecko otrzyma nagrodę, np. „Kiedy zbierzesz 10 plusów, otrzymasz naklejkę” (otrzymanie nagrody jest niezależne od zakończenia zajęć);
 - możemy ustalić czas rozliczenia i to, że od liczby żetonów będzie zależeć nagroda, np.:
 - 1–3 pkt – uczeń otrzymuje pochwałę słowną,
 - 4–6 pkt – uczeń otrzymuje naklejkę,
 - 7–8 pkt – otrzymuje pochwałę wpisaną do zeszytu i naklejkę.

Systemy indywidualne można wdrażać na zajęciach rewalidacyjnych, w ramach pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz w czasie zajęć grupowych. W czasie lekcji możemy indywidualnie umówić się z jednym uczniem i opracować dla niego osobisty system żetonowy lub punktowy.

Rysunek 8

Przykład tabliczki do zdobywania punktów

[Imię dziecka]				
[Pole do wpisywania punktów]				
				

Źródło: oprac. aut.

Grupowe systemy motywacyjne

Systemem motywacyjnym obejmujemy całą klasę. Uzbierane żetony lub punkty powinny być widoczne dla dzieci.

Należy ustalić z dziećmi:

- jakie zachowanie będziemy nagradzać, np. cichą pracę na lekcji, podnoszenie ręki, kiedy chce się coś powiedzieć,
- sposób otrzymywania nagrody: czy każdy pracuje na indywidualną nagrodę, np. naklejkę, czy cała klasa pracuje na nagrodę, np. wspólne oglądanie bajki, dzień w piżamie,
- czas lub kryterium otrzymania nagrody, np. rozliczamy system pod koniec dnia.

Należy pamiętać, aby:

- system żetonowy był jasny dla dziecka z ADHD,
- ustalić kryterium zdobywania punktów w taki sposób, aby dziecko mogło osiągnąć sukces,
- żetony lub punkty były widoczne dla dzieci,
- przyznawać tylko „pozytywne” punkty za akceptowalne zachowania,
- nie straszyć uczniów odbieraniem punktów i ich nie odbierać.

Nagrody i bank nagród

Nagroda działa motywująco, zachęca ucznia do wykonania zadania. Dzięki atrakcyjnym wzmocnieniom możemy nauczyć dziecko z ADHD pożądanych zachowań. Tworząc bank nagród, należy kierować się łatwością dostarczenia wzmocnienia, jego kosztownością oraz preferencjami ucznia. Dla każdego atrakcyjne są inne przedmioty oraz aktywności. Warto cyklicznie przyglądać się pakietowi nagród i przywilejów – to, co było interesujące dla ucznia we wrześniu, może stracić swoją atrakcyjność w styczniu.

Rodzaje nagród:

- nagrody rzeczowe – np. naklejka, lizak, drobna zabawka,
- przywileje – np. skorzystanie z limitowanej rzeczy – zabawa lego, wybór aktywności na koniec lekcji, 3 minuty odpoczynku,
- nagrody społeczne – np. pochwała, wpisanie pozytywnej informacji do zeszytu lub dziennika.

Należy pamiętać, aby:

- uczeń miał możliwość wyboru nagrody,
- umówić się z uczniem, co będzie nagrodą, np. naklejka, 3 minuty odpoczynku,
- ustalić z uczniem, jak można zdobyć nagrodę (określić, co dziecko powinno zrobić), np. „Otrzymasz nagrodę, gdy przepiszesz notatkę z tablicy”,
- określić czas zadania, za które dziecko będzie nagradzane,

- określić czas nagrody np. o 3 min dłuższa przerwa, 1 runda gry w Dobble,
- konsekwentnie dostarczać nagrody po dotrzymaniu umowy.

W przypadku uczniów, którzy mają umiejętność odraczania wzmocnień (czekania na przywilej), możemy ustalić z rodzicami, że dziecko będzie pracować w szkole na nagrody dostępne w domu, np. wyjście na lody, czas ekranowy. Kiedy uczeń dotrzyma umowy lub wykona ustalone zadania, dostaje od nauczyciela bon na wcześniej ustaloną i wybraną nagrodę (Kołakowski i in., 2023, s. 179–181).

Rysunek 9

Bony



Źródło: oprac. aut.

4.8. Uczenie umiejętności

Należy pamiętać, że kluczem do sukcesu osoby z ADHD jest nauczenie się umiejętności, które podniosą jej samoocenę i umożliwią jej rozwijanie się. Ucząc strategii radzenia sobie w różnych sytuacjach, dajemy dziecku szansę na skompensowanie swoich deficytów.

W pracy z uczniami z ADHD warto każdą trudność w zachowaniu dziecka potraktować jako potrzebę nauczenia zachowania akceptowalnego społecznie – przykład w tabeli poniżej.

Tabela 1

Umiejętności, których powinniśmy uczyć

Trudność	Umiejętność
Uczeń nie wykonuje zadań, o które proszę	Uczę współpracy poleceniowej
Uczeń krzyczy, kiedy czegoś chce	Rozwijam zdolności komunikacyjne, w tym umiejętność proszenia
Uczeń zaczepia lub popycha innych	Uczę inicjowania zabawy i rozmowy

Źródło: oprac. aut. na podstawie Karcz-Czajkowska, 2025, s. 142–146.

Umiejętności, które warto kształtować

Współpraca poleceniowa

Współpraca poleceniowa to umiejętność podążania za nauczycielem oraz wykonywania jego prośb. Nabycie jej jest bardzo ważne u uczniów z ADHD, którzy często działają impulsywnie. Dziecko mające nawyk współpracy z dorosłymi nie zastanawia się nad tym, czy wykona zadanie, a jego działanie rozpoczyna się automatycznie.

Przykłady zadań

1. Wykonywanie poleceń jednoetapowych

- Prosimy ucznia o jak najszybsze wykonanie poleceń, np.:
 - Kłaśnij.
 - Podaj długopis.
 - Przynieś książkę.

Warto przygotować listę 10 poleceń, których będziemy uczyć. Kiedy dziecko je opanuje, wprowadzamy następne.

2. Wykonywanie poleceń wieloelementowych

- Prosimy ucznia o jak najszybsze wykonanie złożonych poleceń, np.:
 - Wstań i kłaśnij.
 - Przynieś książkę i niebieski mazak.
 - Podejdź do drzwi i zapukaj.

3. Różnicowanie adresatów polecenia

- Mówimy uczniom, że ich zadaniem jest uważne słuchanie poleceń i wykonanie tych, które są kierowane do nich, np.:
 - Dziewczynki klaszczą.
 - Chłopcy tupią.
 - Uczniowie wstają.

Znajomość siebie

Dzięki znajomości siebie wzrasta poczucie własnej wartości i samoakceptacja, łatwiej jest radzić sobie z wyzwaniami oraz skutecznie zarządzać emocjami.

Przykłady zadań

1. Określanie preferencji

- Prosimy ucznia, aby określił swoje preferencje, np.:

- Moja ulubiona gra to...
- Mój ulubiony kolor to...
- Moja ulubiona książka to...
- Mój ulubiony sport to...
- Moja ulubiona zabawka to...
- Moja ulubiona przekąska to...
- Moje ulubione danie to...

2. Dziennik przemyśleń

- Prosimy dziecko, aby raz w tygodniu w swoim dzienniku dokończyło zdania:

- W tym tygodniu najczęściej odczuwałem...
- W tym tygodniu udało mi się...
- W tym tygodniu trudne dla mnie było...
- W tym tygodniu najzabawniejsze było...
- W tym tygodniu jestem wdzięczny za...

3. Nauka pozytywnych przekonań

- Pozytywne przekonania pozwalają na radzenie sobie z trudnościami i nie poddawanie się.
- Podajemy dziecku komunikat i prosimy, aby zdecydowało, czy ta myśl jest pozytywna czy negatywna. Jeśli myśl jest negatywna, zadaniem dziecka jest zmienić ją na pozytywną.
 - W poniedziałek zaczynają się zajęcia z piłki nożnej, jestem ciekaw czego się na nich nauczę – myśl pozytywna.
 - Jutro mam sprawdzian, na pewno dostane jedynkę – myśl negatywna; można ją zmienić na: Jutro mam sprawdzian, spróbuję napisać najlepiej, jak potrafię.

Rozumienie emocji

Rozumienie emocji (ich przyczyn, skutków), umożliwia ich przyjmowanie oraz wyrażanie w sposób akceptowalny społecznie.

Przykładowe zadania

1. Łączenie wydarzenia z uczuciem

- Prosimy ucznia, aby wymienił sytuacje, w których odczuwał daną emocję, np.: „Opowiedz, kiedy byłeś smutny”.

2. Odczytywanie emocji z kontekstu sytuacji

- Opowiadamy dziecku historię, a następnie pytamy, jak czuje się bohater, np.: „Mama obiecała Kasi, że w drodze do domu kupi jej lody czekoladowe. Jednak wracając z pracy, bardzo źle się czuła i zapomniała o obietnicy. Jak poczuje się dziewczynka, gdy nie dostanie lodów?”

3. Sposoby wyrażania emocji

- Tworzymy plakat z akceptowanymi sposobami wyrażania złości.

Rozwijanie umiejętności komunikacyjnych

Umiejętności komunikacyjne pozwalają zadbać o nasze potrzeby – poprosić o to, czego chcemy, odmówić, kiedy na coś nie mamy ochoty.

Przykłady zadań

1. Nauka proszenia

- W czasie zajęć tworzymy środowisko w taki sposób, aby uczniowi czegoś brakowało, np. rozdajemy kartki, a „zapominamy” o uczniu. Jeśli uczeń nie poprosi, podpowiadamy mu odpowiedni komunikat (np. „Poproszę kartkę”).

2. Nauka przekonywania

- Kiedy uczeń nas o coś prosi, czekamy, aż uargumentuje, przekona nas.

3. Nauka odmawiania

- Odgrywamy z uczniem scenki, w których my coś proponujemy, a jego zadaniem jest odmówić.

Tworzenie relacji

Uczniowie z ADHD będą szczęśliwi w szkole i przedszkolu, gdy stworzą relacje z rówieśnikami – dzięki przyjacielom czujemy się zrozumiani i akceptowani.

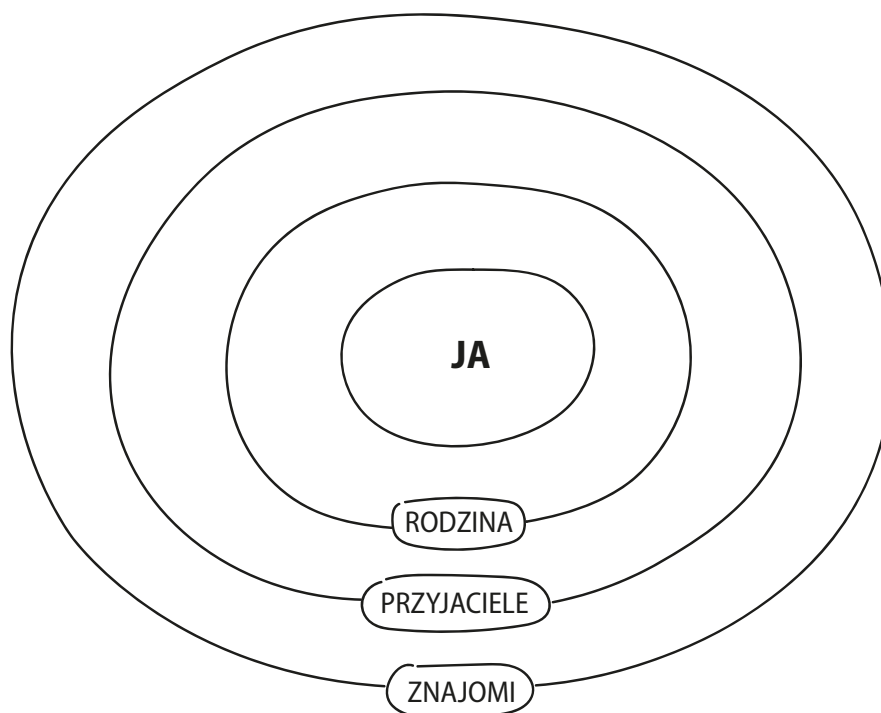
Przykłady zadań

1. Rozumienie kręgów bliskości

- Omawiamy z uczniem kręgi bliskości. Układamy bliskich na kręgach, określamy, czym charakteryzuje się dana relacja.

Rysunek 10

Kręgi bliskości



Źródło: oprac. aut.

2. Interesowanie się innymi

- Tłumaczymy uczniowi, że relacje możemy stworzyć z tymi osobami, które znamy i którymi się interesujemy. Możemy wykonać plakat z imionami, zdjęciami lub rysunkami dzieci z klasy i wypisać najważniejsze informacje o nich.

3. Rozmowa

- Ćwiczmy z uczniem schematy rozmowy.

Sposoby na skupienie uwagi

Koncentrowanie uwagi na zadaniu jest niezbędne, aby osiągać sukcesy edukacyjne. Ważne, aby nauczyć dzieci z ADHD zajmowania się jedną rzeczą na raz.

1. Jeden punkt

- Pokazujemy uczniowi jakiś przedmiot, np. obraz na ścianie i prosimy, aby przez 15–30 sekund patrzył na niego i o nim myślał.

2. Słuchanie wypowiedzi innych

- Prosimy jednego ucznia, aby o czymś opowiedział, np. „Opowiedz, co robiłeś w weekend”. Prosimy pozostałe osoby, aby uważnie słuchały. Następnie wyznaczamy jedno dziecko, aby zrelacjonowało, o czym mówił kolega.

3. Zadania na czas

- Nauczyciel rysuje symbol nagrody, np. nuty, które będą symbolizować słuchanie muzyki. Następnie prosi uczniów o wykonanie zadania w określonym czasie, np. „Wykonajcie 10 działań na dodawanie” i zaczyna mierzyć czas. Kiedy wszystkim uda się wykonać zadanie, dzieci otrzymują nagrodę.
- Należy pamiętać, aby wybrać taki stopień trudności zadania, żeby uczniowie mogli osiągnąć sukces.

Planowanie

Planowanie to umiejętność, dzięki której możemy redukować stres. Kiedy potrafimy zaplanować zadanie, lepiej zarządzamy czasem i skuteczniej realizujemy cele.

Przykłady zadań

1. Układanie planu pracy dla bohatera

- Nauczyciel opowiada historię, w której bohater ma wykonać zadanie, np. „Jasiu wrócił ze szkoły. Jest zmęczony, a na jutro musi przygotować pomoce na plastykę i powtórzyć materiał z historii”. Zadaniem ucznia jest ustalić plan popołudnia dla Jasia.

2. Dzielenie zadań na części

- Prosimy ucznia, aby wymyślił, z jakich czynności składa się dana aktywność, np. „Wymień czynności, z których składa się sprzątanie”.

3. Układanie swojego planu dnia

- Wypisujemy z uczniem czynności, które wykonuje w czasie dnia i układamy je w postaci planu (Miller, 2025, s. 91).

Nawyki

Kształtowanie pozytywnych nawyków ułatwi uczniom osiągnięcie sukcesów w wielu obszarach. Kiedy uczeń automatycznie będzie wykonywał czynności, np. odkładał przybory szkolne do piórnika, nie będzie musiał zastanawiać się, gdzie są jego długopisy.

Uczenie nawyków należy zacząć od pojedynczych czynności, o których należy przypominać, a ich wykonanie nagradzać.

Przykładowe nawyki do uczenia w szkole

1. Utrzymywanie porządku na ławce.
2. Zapisywanie notatki.

3. Odkładanie przyborów do piórnika.
4. Pakowanie stroju do worka.

Autoregulacja

Polega na panowaniu nad zachowaniem i emocjami. Uczymy dziecko z ADHD technik relaksacyjnych „na zimno” – kiedy jest spokojne, w czasie zajęć edukacyjnych lub terapeutycznych. Następnie ćwiczymy je, aby młody człowiek wykonywał je automatycznie. Dzięki temu będzie mógł je zastosować, gdy jest zdenerwowany.

Przykładowe techniki

1. Głębokie oddychanie.
2. Liczenie od 100 do 1.
3. Zgniatanie lub podarcie kartki.

Sposoby na czas wolny

Spędzanie wolnego czasu to umiejętność bardzo trudna dla uczniów z ADHD, dlatego dłuższe przerwy lub zajęcia bez określonej struktury mogą wywoływać u dziecka stres i powodować zachowania trudne.

Przykładowe zadania

1. Sposoby na przerwę
 - Wspólnie z dzieckiem wypisujemy jak najwięcej sposobów na czas wolny. Następnie omawiamy je i dzielimy na te, które są bardzo lubiane i preferowane przez ucznia oraz na te, z których korzysta mniej chętnie.
2. Ściągą na czas wolny
 - Wspólnie z dzieckiem tworzymy „ściągawkę”, na której zapisujemy trzy atrakcyjne dla niego sposoby spędzania przerw. Karteczkę wkładamy do piórnika, aby dziecko mogło z niej skorzystać w czasie przerwy.

Zastępowanie zachowań trudnych umiejętnościami akceptowalnymi społecznie

Jeśli dziecko przejawia trudności, warto potraktować to jako sygnał pokazujący, jakich umiejętności akceptowalnych społecznie brak uczniowi.

Tabela 2

Plan na naukę zachowania

Imię ucznia			
Trudności	Braki	Zadanie	Sukces/Nagroda

Źródło: oprac. aut.

- W polu „Trudności” zapisz jedno zachowanie, które pokazuje trudność dziecka.
- W polu „Braki” zapisz umiejętność, której braki spowodowały daną trudność.
- W polu „Zadanie” zapisz zadania do wykonania w celu nabycia deficytowej umiejętności.
- W polu „Sukces/Nagroda” zapisz, jak będziesz nagradzać ucznia za wykonanie zadania.

4.9. Proaktywne strategie radzenia sobie z zachowaniami trudnymi

Gdy uczeń przejawia zachowanie trudne, pomocna będzie poniższa tabela.

Tabela 3

Ocena działań proaktywnych

	Tak	Nie	Mogę wprowadzić zmiany
Czy uczeń jest ze mną w pozytywnej relacji?			
Czy uczeń ma przestrzeń dostosowaną do swoich potrzeb?			
Czy uczeń zna zasady?			
Czy uczeń jest skoncentrowany na mnie, kiedy do niego mówię?			
Czy uczeń rozumie moje komunikaty?			
Czy organizacja lekcji jest jasna dla mojego ucznia?			

	Tak	Nie	Mogę wprowadzić zmiany
Czy uczeń ma zapewnioną naprzemienną aktywność?			
Czy uczeń ma zapewnioną potrzebę ruchu?			
Czy uczeń jest zaktywizowany na zajęciach?			
Czy nawiązałem(-am) współpracę ze środowiskiem ucznia?			
Czy uczeń korzysta z wizualizacji i podpowiedzi?			
Czy uczeń ma bank nagród?			
Czy uczeń otrzymuje uwagę i aprobatę, kiedy przejawia zachowania akceptowane społecznie?			
Czy uczeń otrzymuje i słyszy pochwały?			
Czy uczeń jest motywowany gospodarką żetonową lub punktową?			
Czy uczeń uczy się umiejętności społecznych/deficytowych potrzebnych do pokonania tej trudności?			

Źródło: oprac. aut.

Kiedy uczeń przejawia trudności, warto przeanalizować strategie proaktywne – zastanowić się, w jakich obszarach możemy wprowadzić zmiany, zaplanować działania i wprowadzić je na 2–3 tygodnie, aby zaobserwować, czy interwencja przyniosła skutki.

4.10. Współpraca ze środowiskiem domowym

Nieodzownym elementem w terapii dziecka z ADHD jest sumienna i systematyczna współpraca specjalistów z rodzicami. Zadaniem osób, które otaczają dziecko z ADHD, jest stworzenie warunków do optymalnego rozwoju w obu środowiskach – szkolnym i domowym – dlatego współpraca jest tak ważna.

Ważna jest stała wymiana informacji między rodzicami a szkołą, np. za pomocą zeszytu korespondencji, dziennika elektronicznego czy odpowiedniej tabeli. Formy mogą być różnorodne – istotna jest płynność i systematyczność. Celem współpracy jest opracowanie wspólnych strategii postępowania, aby były podobnie realizowane w obu środowiskach (Karcz-Czajkowska, 2025, s. 253–257).

Tabela 4
Wymiana informacji dom – szkoła

DATA	PRZEDMIOT	INFORMACJA	PODPIS

Źródło: oprac. aut.

Najważniejsza w pracy z dzieckiem z nadpobudliwością psychoruchową jest chęć poprawy jego funkcjonowania, tak by mogło osiągać sukcesy i zdobywać nowe umiejętności, a także nawiązywać relacje z grupą rówieśniczą – ten cel będzie łatwiejszy do zrealizowania, jeśli terapia będzie prowadzona zarówno w szkole, jak i środowisku domowym. Współpraca rodziców i nauczycieli daje dziecku poczucie bezpieczeństwa i wsparcia, buduje w jego oczach ich autorytet i przynosi satysfakcję.

Nie należy zapominać o odpowiedniej postawie rodziców i nauczycieli – powinna panować spokojna i miła atmosfera, charakteryzująca się życzliwością i wyrozumiałością, przyczynia się to bowiem do lepszej komunikacji, a co za tym idzie umożliwia pełniejsze działania terapeutyczne (Gutenberg-Piela, 2025, s. 224–234).

Wskazówki dla nauczyciela wspierające pracę ucznia z ADHD

1. Wskaż dziecku miejsce w pierwszej ławce, koło ucznia spokojnego, ale nie blisko okien i drzwi.
2. Poproś dziecko o uporządkowanie swojego miejsca pracy – zakomunikuj, co ma pozostać na stoliku.
3. Ustal jasne zasady obowiązujące w czasie lekcji – zwizualizuj je i przypominaj o nich.
4. Wydając polecenie całej klasie, zwróć się bezpośrednio do ucznia z ADHD.
5. Powtórz polecenie, poproś dziecko, aby również je powtórzyło lub opisało, co ma zrobić.
6. Jeśli zadanie jest dłuższe, podziel je na etapy.
7. Ustal stały sygnał, który pozwoli dziecku przywołać uwagę i powrócić do zadania.
8. Zaakcentuj ważność wypowiedzi lub zadania.

9. Sprawdzaj wyniki pracy ucznia oraz jego podejście i zaangażowanie w działanie.
10. Pilnuj, aby uczeń doprowadzał zadanie do końca, nawet jeśli trzeba będzie wydłużyć czas lub zastosować przerwę.
11. Pamiętaj, aby zadanie było krótkie, ciekawe, wzbogacone o obrazki i ilustracje.
12. Pozwól dziecku z ADHD na dokonywanie wyborów.
13. Zaczynij od najprostszych zadań, aby dziecko odczuwało sukces. Najtrudniejszych zadań nie pozostawiaj na sam koniec.
14. Podczas lekcji stosuj krótkie przerwy, najlepiej z wykorzystaniem ruchu.
15. W trakcie sprawdzianów i testów poleć uczniowi, aby dwa razy odczytał polecenie i rozpoczynał od najprostszego zadania.
16. Bądź konsekwentny – kieruj się jasnym i przewidywalnym systemem.
17. Doceniaj starania dziecka i chwal je często.
18. Bądź twórcą sukcesu dziecka!

Literatura

- Arcangeli, D. (2024). *ADHD. Szkoła podstawowa. Co robić (a czego nie). Błyskawiczny przewodnik dla nauczyciela* (A. Szewczyk, tłum.). Harmonia.
- Barbera, M. L. (2017). *Metoda zachowań werbalnych* (D. Sobiecka, tłum.). Fundacja Scholaris.
- Carder, M. (2025). *ADHD. Odkryj swoją supermoc* (S. Gil, tłum.). Wydawnictwo Vitual.
- Chromik-Kovačs, J., Banaszczyk, I., Zdrojewska, J. (2024). *Jak pracować z dzieckiem z ADHD w domu i szkole. Poradnik dla rodziców i nauczycieli*. Harmonia.
- Gendron, A. (2023). *The mini ADHD coach*. Vermilion.
- Gutenberg-Piela, A. (2025). *Moje dziecko ma ADHD*. Wydawnictwo RM.
- Holderness, P., Holderness, K. (2024). *ADHD jest super. Jak przeżyć życie na turbodoładowaniu*. Sensus.
- Karcz-Czajkowska, A. (2025). *ADHD. Poradnik dla rodziców. Jak lepiej rozumieć i wspierać swoje wyjątkowe dziecko*. Mamania.
- Kołąkowski, A., Pisula, A. (2018). *Sposób na trudne dziecko. Przyjazna terapia behawioralna*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kołąkowski, A., Wolańczyk, T., Pisula, A., Skotnicka, M., Bryńska, A. (2023). *ADHD. Zespół nadpobudliwości psychoruchowej. Przewodnik dla rodziców i wychowawców*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Leer, K. (2022). *ADHD. Mózg łowcy i inne supermoce*. Wydawnictwo Znak.
- Miller, K. (2025). *Ja i moje ADHD. 60 ćwiczeń, które pomogą dziecku w samoregulacji, koncentracji i odnoszeniu sukcesów*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Schramm, R. (2019). *Motywacja i wzmacnianie czyli jak zdobyć przewagę nad autyzmem. Zachowania werbalne w stosowanej analizie zachowania. Podręcznik*. Scholaris.
- Srebnicki, T., Wolańczyk, T. (2010). *One są wśród nas. Dziecko z ADHD w szkole i przedszkolu. Poradnik dla pedagogów i opiekunów*. Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Wolfram, W. (2006). *Nadpobudliwe i niespokojne dzieci w przedszkolu. Poradnik dla wychowawców i rodziców*. Wydawnictwo Jedność.

Rozdział V

ADHD oczami rodzica

W ostatnich latach system edukacji coraz odważniej otwiera się na potrzeby dzieci z ADHD. Podejmowane są konkretne działania – pojawiają się nowe narzędzia, formowane są specjalistyczne zespoły, powstają inicjatywy ministerialne i są tworzone lokalne praktyki, które realnie poprawiają jakość edukacji i dobrostan uczniów. Jednak żadna zmiana nie ma sensu, jeśli nie uwzględnia głosu tych, którzy na co dzień doświadczają wyzwań – uczniów i ich rodzin.

Agnieszka Rosa – nauczycielka, mama chłopca z ADHD i autyzmem – dzieli się swoją historią, szczerą, pełną emocji, ale też pokazującą, że zmiana jest możliwa, gdy spotykają się dobra wola, wiedza i otwartość ze strony szkoły i rodzica. Sylwia Kowalska – mama, działaczka społeczna i ekspertka w dziedzinie edukacji włączającej – opowiada, co dziś najbardziej uwiera rodziny dzieci z ADHD. Ich opowieści to nie tylko świadectwo walki, ale i dowód na to, że wspólnie możemy budować szkołę, która nie wyklucza, lecz wspiera. Uwaga na doświadczenia rodzin i ich potrzeby i postulaty odgrywa kluczową rolę w budowaniu skutecznych działań wspierających uczniów z ADHD.

5.1. Rozmowa z panią Agnieszką Rosą

Moderatorka: Pierwsze pytanie dotyczy doświadczeń Pani, Pani dziecka, Pani rodziny. Jakie były Pani pierwsze kroki po otrzymaniu diagnozy ADHD Pani dziecka?

Agnieszka Rosa: Bardzo trudne. To był 2013 rok – 12 lat temu to wszystko było jeszcze na etapie raczkowania, nie ukrywajmy, system sam szukał rozwiązań i się uczył. Po otrzymaniu diagnozy – my dostaliśmy ją i informacja była na poziomie „szukajcie państwo, radźcie sobie” – wsparcia nie było wcale. Publiczne przedszkole integracyjne, do którego uczęszczał syn, bardzo nas rozczarowało, ponieważ przy ADHD chodzi nie tyle o zapewnienie dodatkowych zajęć, jak o chęć zrozumienia potrzeb dziecka. Na pięć dni pracy przedszkola i chodzenia syna do tej placówki przez cztery słyszałam, że syn nie tak rysuje, nie tak siedzi, nieodpowiednio się zachowuje, nie spełnia jakichś oczekiwań wychowawczyni, odstaje od normy. Gdy zapytałam nauczycielkę „Co Pani rozumie przez normę?”, usłyszałam w odpowiedzi: „On nie potrafi usiąść prosto, w kole się kręci, ma problemy grafomotoryczne”.

Momentem przełomowym, motywującym mnie do zmiany, był dzień, kiedy po odebraniu syna z przedszkola nie byłam w stanie dowiedzieć się, co się stało, że jest taki smutny? Na pytanie

„Jak minął dzień? Jak zachowywał się syn?” usłyszałam od nauczycielki „Jak zawsze, czego się pani spodziewa?”. Dopiero po dłuższym czasie Wojtek przyznał, że usłyszał od pani, że jest beznadziejny i nic w życiu nie osiągnie. I to było najbardziej druzgocące. Dziecko – wówczas czteroletnie – usłyszało, że jest beznadziejne i nic nie osiągnie. A dodatkowo powiedział to pedagog specjalny.

Zrobiłam wszystko, żeby przenieść syna do innej placówki. Nie ukrywam – zmieniliśmy placówkę publiczną na prywatną, trafiliśmy na świetnego nauczyciela wspomagającego. Pani Natalia widziała trudności Wojtka, ale widziała też jego mocne strony. Wojtek, który w systemie szkolnym, w przedszkolu publicznym było nieakceptowalny, nagle znalazł swoje talenty, brał udział w konkursach recytatorskich, mógł się realizować manualnie w konkursach związanych z ekologią. Zaczął z chęcią chodzić do przedszkola. Były dni trudniejsze, o których byliśmy informowani, ale chodził tam z radością i nie dostawał informacji zwrotnej w stylu „Jesteś beznadziejny, odstajesz od grupy”.

M: Rozumiem, że doświadczyła Pani dużo trudności, zwłaszcza w obszarze współpracy z pierwszą placówką. Czy było jednak coś, co było pomocne? Czy uzyskiwała Pani skądś informacje, czy ktoś Panią gdzieś skierował?

AR: Pomocne było dla mnie moje wykształcenie, bo wiedziałam, co nam wolno, czego nie, jakie wsparcie nam przysługuje. Niestety, jestem typem matki, która jeżeli wie, że może pomóc, to będzie to drążyć. Ale w tamtym czasie dziecko było ważne na tyle, na ile państwo dawało środków za WWR-y (wczesne wspomaganie rozwoju dziecka) i zajęcia dodatkowe. Zajęcia, które miały się odbywać, się nie odbywały, a środki placówki otrzymywały. Więc to było takie pro forma. W placówce prywatnej wszystko odbywało się w zgodzie z założeniami i planem pracy ułożonym dla syna.

M: Jakie były konkretne działania nauczyciela wspomagającego w drugiej placówce, wspierające dla Pani syna? Co się zdarzyło, co sprawiło, że tam Pani dziecko się odnalazło i było lepiej traktowane?

AR: Zwrócono uwagę na mocne strony Wojtka, żeby mu pomóc rozwinąć jego zainteresowania i chęć przychodzenia do przedszkola. Odbudowanie tego poczucia, że jest ważny, taki sam jak inne dzieci. Że to placówka, w której może otrzymać pomoc i w której będzie fajnie, w której ktoś zauważy, że nie daje sobie rady z czymś, a siedzenie w kole jest dla niego za trudne, więc może się pokłusać. I to było wyjście naprzeciw jego oczekiwaniom. Nikt nie próbował wrzucić go w system jak inne dzieci, a zwrócił uwagę na jego potrzeby. „Potrzebujesz przerwy? To damy ci tę przerwę”; „Nie możesz się skupić? Przeczytam ci to jeszcze raz”.

M: Czyli była większa elastyczność nauczyciela?

AR: Ogromna!

M: Czy w kontakcie z Panią informacje zwrotne także były już inne? Czy bazowano na mocnych stronach Pani syna?

AR: Tak było. Informacja zwrotna była już na zasadzie tak zwanej kanapki. Coś złego, coś dobrego – i kończyliśmy czymś optymistycznym, np. „Dzisiaj udało się osiągnąć X”, „No okej, dzisiaj było bez zmian, nie było tak źle, mogliśmy wyjść. Mogliśmy jechać z innymi dziećmi, autobusem. Daliśmy radę coś osiągnąć”. Chociaż widziałam, że będą jakieś trudności, to wiedziałam, że nie usłyszę jako matka, że moje dziecko jest beznadziejne i nie spełnia czyichś oczekiwań.

M: To jest na pewno bardzo ważne. Chciałam zapytać jeszcze o przykłady sytuacji, w których współpraca z nauczycielami, specjalistami – może na późniejszym etapie edukacji – przyniosła pozytywne efekty.

AR: Przyniosła, na pewno. Po zakończeniu oddziału przedszkolnego i zerówki Wojtek został zapisany do szkoły podstawowej z oddziałem integracyjnym. Myślałam: „Okej, świetnie mniejsza klasa, dwóch specjalistów, placówka, która jest ukierunkowana na potrzeby dzieci”. Ale tam rządził mój syn.

Wojtek szedł do szkoły i nie chciał pracować, bo nie lubi zajęć grafomotorycznych, więc „Dobrze, zaznaczamy i mama to robi z tobą w domu”. Kiedy Wojtek stwierdził, że poleży sobie na ławce, Wojtek mógł leżeć na ławce cały dzień. Nie było dostosowań pod kątem wymogów – intelektualnie jest w normie, potrafi wiele, ale ma dysfunkcję systemu motywacyjnego – jak zakomunikował „nie chce mi się”, to mógł cały dzień nie chcieć nic. I w domu trzeba było nadrobić to, co powinno zostać chociaż częściowo wykonane w szkole, i nauczyć tego, co było do nauczenia. Przełomem było przeniesienie go do innej szkoły podstawowej. Dyrektorką była Pani Aleksandra. Dyrektor z powołania, kierowała zespołem potrafiącym dobrze opracować WOPFU (wielospecjalistyczną ocenę poziomu funkcjonowania ucznia) i zachęcić do pracy. Dostosowywano wymogi edukacyjne i znaleziono odpowiedniego nauczyciela współorganizującego – Pania Jolę – który towarzyszył, a nie wyręczał. Wiedziałam, że gdy Wojtek miał trudności i np. nie mógł się skupić w klasie, która była klasą masową, wychodzili do biblioteki – zostało stworzone miejsce, w którym była cisza i przestrzeń na wykonanie zadania. Problemem samym w sobie nie jest dziecko, a system i podejście edukacji.

M: Właśnie, porozmawiamy o systemie i zmianach w nim. Czy zauważyła Pani może zmiany, jakie zaszły w ostatnich latach?

AR: Zmiany są zauważalne, tak. Niestety społeczeństwo ma większe oczekiwania. Instytucje nagminnie nie współpracują ze sobą. Często szkoły nie współpracują z takimi instytucjami jak ośrodek pomocy społecznej, nawet gdy podlegają pod jeden samorząd. Pracownicy socjalni nie są informowani, żeby wesprzeć, żeby np. skierować asystenta rodzinnego.

Jest przerzucanie odpowiedzialności przez dorosłych i coraz mniej dobra dziecka. Dyskryminację tej grupy uczniów zauważył na wniosek rodziców Rzecznik Praw Obywatelskich oraz Rzecznik Praw Dziecka Pani Monika Horna Cieślak, kierując wystąpienie do Ministerstwa Edukacji Narodowej, do Pani Ministry Barbary Nowackiej. Zmian jednak brak!

M: Wskazała Pani współpracę pomiędzy sektorem pomocy społecznej a szkołą jako jedno z takich działań, które byłoby potrzebne do wsparcia sytuacji szkolnej ucznia. Jakie jeszcze inne działania systemowe mogłyby bardziej wspomóc dzieci z ADHD i ich rodziny w codziennym funkcjonowaniu szkolnym?

AR: Zanim odpowiem na to pytanie, chciałabym zwrócić uwagę, że rodzice, którzy nie współpracują z systemem oświatowym, z dyрекcją, z instytucjami, idą po pomoc do poradni psychologiczno-pedagogicznych, gdzie robią wszystko, aby dziecko otrzymało orzeczenie o niepełnosprawności, a dokładnie o autyzmie. Dzieje się tak dlatego, że autyzm ma więcej przywilejów w szkole. I niestety wzrost liczby orzeczeń pod kątem autyzmu i sprzężeń jest spowodowany tym, że rodzice nie otrzymują opinii odnośnie do ADHD.

Wiadomo, że za autyzmem idą większe subwencje i to jest też już orzeczenie, chociaż jest tak samo w nomenklaturze i w ICD-10 traktowane jako zaburzenie neurologiczne – tak samo jak ADHD.

Zmiany systemowe powinny zauważać potrzeby dziecka. Oceny funkcjonalne wydają się właściwym rozwiązaniem, pod warunkiem odpowiedniego finansowania organów prowadzących przedszkola, szkoły, placówki oświatowe.

Sposób komunikacji z dzieckiem z ADHD i jego rodzicem też wspiera – pod warunkiem, że zmienimy język – zamiast oczekiwań, ocen – fakty, potrzeby i emocje.

W szkołach potrzeba więcej elastyczności, w tym różnych zajęć ruchowych, praktycznych i pracy nad mocnymi stronami.

M: Co w takim razie byłoby potrzebnym działaniem systemowym?

AR: Wprowadzenie orzeczeń dla dzieci z ADHD, aby nie orzekać na siłę autyzmu. Rodzice mają wtedy większe wsparcie obligatoryjne systemu, uczeń nie jest pozostawiony sam sobie i karany za objawy.

M: ...albo bez zdiagnozowania, potrzebne byłoby większe wsparcie systemowe, podobne do tego, które mają dzieci z autyzmem?

AR: Byłoby miło, ale dyrektorzy placówek zaślaniają się brakiem subwencji, brakiem możliwości, brakiem współpracy z organem prowadzącym, organ prowadzący zaślania się brakiem finansowania z ministerstwa, więc znowu w tym systemie gubimy to, co najważniejsze – dziecko. Zaślaniamy się procedurami, finansami, a dziecko pozostaje bez spełnionych potrzeb, bez wsparcia.

M: Wymienia Pani działania związane z większą subwencją bądź diagnozowaniem i wówczas większą subwencją oraz wsparciem międzysektorowym pracowników socjalnych. Czy coś jeszcze wydaje się Pani ważne?

AR: Jak najbardziej. W zeszłym roku w Sejmie RP powstał Parlamentarny Zespół ds. ADHD pod kierownictwem Pana Posła Marcina Józefaciuka, który wypracował już gotowe rozwiązania dla każdego z sektorów w naszym państwie, łącznie z Ministerstwem Edukacji, gdzie zwracamy uwagę na to, żeby podczas edukowania przyszłych pedagogów i pedagogów specjalnych zwracać uwagę na pracę z dziećmi z nadpobudliwością. Jeżeli zaczniemy od podstaw, to nauczyciel, który dopiero przychodzi do pracy, będzie miał już przygotowanie merytoryczne, będzie wiedział, że nie wszystkie dzieci są identyczne i że nie do wszystkich podchodzimy w ten sam sposób.

To, co zaproponowaliśmy, to są też rozwiązania w Ministerstwie Edukacji. Niestety, do teraz nie dostaliśmy odpowiedzi na interpelację. Wprowadzenie oceny wielospecjalistycznej jest też przeciągane, co znowu gubi dzieci z ADHD w systemie.

Uważam, że jeżeli organy prowadzące w naszym państwie i nadzorujący nie zaczną ze sobą współpracować, a każdy będzie ciągnął w swoją stronę i pracował w zakresie własnego ministerstwa i potrzeb, nie wypracujemy konkluzji w tej kwestii. A najbardziej cierpią na tym dzieci.

M: Jakie działania byłyby istotne, żeby właśnie efektywnie współpracować ze szkołami? Jak rodzice mogą współpracować efektywnie ze szkołami, instytucjami, tak aby wspierać dzieci z ADHD? Co byłoby potrzebne do tej efektywnej współpracy między rodzicem a placówką edukacyjną?

AR: Odpowiem na swoim przykładzie. Jeżeli nie mamy chęci współpracy po którejś ze stron lub któraś ze stron czuje się atakowana bądź niesłusznie oceniona w danej sytuacji, jest ciężko o porozumienie – rodzic z założenia czuje się przegrany na swojej pozycji, bo ma do czynienia

jednak z dyrektorem szkoły lub nauczycielem. Nauczyciele często są przekonani, że wiedzą lepiej, co jest ważne dla ucznia i jego potrzeb. Świetne miejsce stworzyła Pani Katarzyna, dyrektorka Akademickiego Zespołu Placówek Oświatowych w Fijewie, która jest dyrektorem z krwi i kości i z powołania. Jest otwarta na wszelkie zmiany, na wszelkie potrzeby dzieci, współpracuje w pełni z rodzicami, nie bagatelizuje informacji zwrotnych od rodziców, ich potrzeb, a co najważniejsze słucha dzieci i tego, czego one potrzebują, żeby ich edukacja przebiegała sprawnie. Jest zainteresowana tym, co może jeszcze ulepszyć, żeby ten proces był bardziej spójny, żeby dzieci czuły się w szkole akceptowane i bezpieczne.

M: Ważne są zatem otwartość na rodzica i na jego zdanie, traktowanie go jako eksperta od swojego dziecka. Istotne są też pewnie otwartość na nauczyciela i jego wiedzę oraz wzajemne nieocenianie się przez rodzica i nauczyciela. Czy dobrze rozumiem, że ważne jest budowanie środowiska przyjaznego dla dzieci o różnych potrzebach, czyli budowanie kultury szkoły włączającej?

AR: Tak, jak najbardziej, uważam, że to podstawa. Bo system ma rozwiązania, powiedzmy, bardziej teoretyczne – albo szuka tych rozwiązań teoretycznych – ale gdzieś w tym wszystkim jest czynnik ludzki, który musi się dostosować i to na tyle stabilnie, żeby dzieci czuły się bezpiecznie i żeby ich potrzeby były spełnione.

M: Jakie ma Pani największe nadzieje, oczekiwania wobec przyszłych zmian w systemie edukacji dotyczących wsparcia uczniów z ADHD?

AR: Oczekuję zmian w systemie oświatowym, współpracy między jednostkami, ale współpracy realnej, tu i teraz, a nie na za jakiś czas. Tego, żeby rodzice czuli wsparcie ze strony systemu oświatowego, żeby dzieci znalazły bezpieczną przestrzeń na spełnienie swoich potrzeb i naukę. Tego, żeby system widział, że te potrzeby są realne, a nie teoretyczne. Tego, żeby za edukacją dziecka stały jego potrzeby, a nie subwencje finansowe i orzeczenia.

Uważam, że największą wartością zarówno dla placówek, jak i dla ministerstwa jest zadowolone, spełnione dziecko, które ma poczucie spełnienia i bezpieczeństwa. Dziecko, które chce iść do szkoły, wierzy, że może w niej coś osiągnąć. Rodzic także nie powinien bać się pójść do szkoły, myśląc „Co znowu usłyszę? Co znowu będzie nie tak? Dlaczego moje dziecko nie może jechać na wycieczkę szkolną, choć nie jest agresywne, tylko po prostu nadpobudliwe?”.

Wielu rodziców ma poczucie, że ich dzieci są wykluczane, np. przy okazji planowanej wycieczki słyszy: „Państwa dziecko nie może jechać, bo my nad nim nie zapanujemy”. I rodzic wtedy staje przed wyborem: jeżeli może, to poświęci dzień wolny w pracy i pojedzie z dzieckiem na

wycieczkę, żeby zapewnić mu przeżycia i kontakt z rówieśnikami. Jednak nie w każdym miejscu pracy będzie to możliwe.

M: Mówimy tu zarówno o zaopiekowaniu się dzieckiem i jego potrzebami, jak również o daniu poczucia bezpieczeństwa rodzicowi, poczucia, że dziecko jest odpowiednio zaopiekowane i rodzic nie musi rezygnować z życia zawodowego.

AR: Jak najbardziej – wtedy jest to współpraca oparta na zaufaniu, nauczyciel i dyrekcja ufają rodzicowi. Wiedzą, jaka jest sytuacja. Rodzic też ma to poczucie bezpieczeństwa – mój syn, moja córka w szkole mają spełnione swoje potrzeby, stworzyliśmy wspólną bezpieczną przystań, przestrzeń na dorastanie i edukację dziecka.

M: Co daje pani największą motywację do dalszego działania na rzecz poprawy sytuacji dzieci z ADHD?

AR: Mój syn. Zadowolenie syna, z tego że on – mimo trudności związanych z codzienną edukacją, z nowym materiałem, z większymi lub mniejszymi niepowodzeniami – jest zadowolony i mówi „Mamo, dzisiaj było ok”.

Zmieniliśmy środowisko na Akademicki Zespół Placówek Oświatowych, pani dyrektor stworzyła bezpieczną przystań dla dzieci, ma świetne porozumienie z rodzicami. Jako pierwsza podjęła się wykorzystania kart ABC do pracy z ADHD. Jest to zestaw fiszek, które informują nauczyciela o objawach dziecka i pomagają mu wysłać niezakłócający toku lekcji komunikat, np. „Potrzebuję przerwy. Nie nadążam”, „Pomóż mi. Nie rozumiem”. To dla nauczyciela informacja o trudnościach ucznia, który nie musi się zgłaszać i mówić „Proszę pani, ja nie rozumiem, o czym pani mówi”. Wykłada dyskretnie fiszki na brzeg ławki, a nauczyciel ją dostrzega i od razu wie, co powinien zrobić.

M: I to działa w przypadku życia szkolnego Pani dziecka? Syn faktycznie używa tych fiszek?

AR: Nie tylko on. Są już szkoły w warmińsko-mazurskim i mazowieckim, które wprowadziły to u siebie, dyrektorzy zaopatrzyli nauczycieli uczniów z potrzebami w te fiszki. I nie zakłóca to toku lekcji, nie stygmatyzuje ucznia, ale daje też komfort nauczycielowi, który otrzymuje komunikat, że musi coś zrobić inaczej, żeby praca klasy była bardziej spójna.

M: Wydaje się to bardzo dobrym pomysłem, działaniem praktycznym, które może rzeczywiście wspomóc ucznia. Czy chciałaby Pani zwrócić uwagę na coś jeszcze?

AR: Musimy mieć świadomość konsekwencji braku pomocy dzieciom z ADHD: to wykluczenie społeczne, problemy emocjonalne, depresje i, niestety, coraz większa liczba prób samobójczych. Dzięki Bogu nieudanych.

To dzieci, które mają trudności z mówieniem o własnych emocjach. Nie powinny być stygmatyzowane, tak jak często dzieje się np. w szkołach wiejskich, że to niegrzeczni uczniowie, ci, którzy wiecznie broją – to dzieci, które po prostu potrzebują większej uwagi i bezpiecznej strefy, w której będą czuć się komfortowo. Niestety na późniejszym etapie dorastania i edukacji te dzieci dochodzą do momentu, w którym nie proszą o pomoc, a szukają bardzo drastycznych rozwiązań – wówczas to żniwa źle podjętych decyzji. Obciążenia psychiczne dzieci mają nieodwracalne skutki.

M: Wniosek z tego taki, że w systemie szkolnym są potrzebne działania przemyślane, systemowe, otwartość i elastyczność na zróżnicowane potrzeby dzieci. Potrzebne są kroki, które będą systematyczne i skuteczne w obszarze wsparcia ucznia z ADHD i jego rodziców.

AR: Jak najbardziej – spójność i chęć pracy po obu stronach, ministerialnej, ale też rodzicielskiej. Ważne, żebyśmy pamiętali, że i jedna, i druga strona ma ten sam cel – wesprzeć dziecko i stworzyć bezpieczną przestrzeń dla ucznia. Mamy być partnerami, a nie wrogami.

M: To dobre podsumowanie naszej rozmowy. Pani Agnieszko, bardzo dziękuję.

*

Rozmowa z Agnieszką Rosą, mamą dziecka z ADHD i autyzmem, zwraca uwagę na szereg obszarów istotnych z punktu widzenia codziennego funkcjonowania ucznia w systemie edukacji. Jej relacja wskazuje na konkretne czynniki, które mogą wpływać zarówno na trudności, jak i na poprawę sytuacji dziecka z diagnozą ADHD.

Zidentyfikowane obszary:

- Znaczenie relacji między szkołą a rodziną – rozmówczyni podkreśla, że jakość współpracy między rodzicami a nauczycielami i dyrekcją placówki może istotnie determinować poziom wsparcia i dobrostanu ucznia.
- Rola nauczycieli wspomagających i elastycznego podejścia dydaktycznego – zastosowanie indywidualnych rozwiązań, takich jak dostosowanie form pracy czy wykorzystanie mocnych stron dziecka, może sprzyjać zaangażowaniu i adaptacji ucznia w środowisku szkolnym.
- Ograniczenia wynikające z formalnych ram prawnych i finansowych – wskazano m.in. na brak możliwości uzyskania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego w przypadku ADHD jako samodzielnej diagnozy, co – według rozmówczyni – wpływa na ograniczony dostęp do narzędzi wsparcia.

- Złożoność współpracy między instytucjami – pojawiły się przykłady niewystarczającej koordynacji działań między szkołą, poradniami, opieką społeczną a rodziną, co może utrudniać spójne wspieranie ucznia.
- Przykłady rozwiązań praktycznych – w wywiadzie opisano wdrażanie narzędzi takich jak „karty ABC do pracy z ADHD”, które mają na celu umożliwienie uczniowi komunikowania swoich trudności w sposób nienaruszający toku lekcji. Pokazano również znaczenie stabilnego środowiska szkolnego oraz pozytywnego klimatu relacji.

Rozmowa i wnioski mogą stanowić źródło refleksji dla osób planujących lub realizujących działania wspierające uczniów z ADHD – zarówno w wymiarze systemowym, jak i codziennej praktyki szkolnej.

5.2. Rozmowa z panią Sylwią Kowską

Moderatorka: Moje pierwsze pytanie dotyczy procesu diagnozy dziecka z ADHD. Co w tym okresie jest najtrudniejsze? O czym warto pamiętać w kontekście wsparcia rodziny?

Sylwia Kowska: Z perspektywy prawnej u dzieci z ADHD można orzekać potrzebę kształcenia specjalnego z uwagi na niedostosowanie społeczne lub zagrożenie nim – tak wskazują literatura i przepisy. W praktyce jednak panuje duży chaos, a rodzice – zwłaszcza na początku drogi okołodiagnostycznej – odczuwają silny niepokój.

Wyobraźmy sobie rodzica na starcie. Zauważa, że dzieje się coś poza typowym przebiegiem rozwoju – częściej „czuje”, niż „wie”. Ma gotowość, by powiedzieć o tym lekarzowi POZ i nazwać swoje obawy. Nierzadko słyszy jednak: „Proszę się nie martwić, to dziecko. Może trzeba więcej uwagi, mniej ekranów, więcej spokoju”. Znam to zarówno z własnego doświadczenia, jak i z pracy w Społecznym Pogotowiu Interwencyjnym, do którego trafiają rodzice dzieci z ADHD, w spektrum autyzmu, z zespołem Tourette’a i innymi neurotrudnościami. Często obserwujemy „gaszenie” rodzicielskiej czujności. Tymczasem to rodzice są pierwszymi obserwatorami. Jak trafnie ujęła to prof. Ewa Pisula: „to oni pierwsi wyczuwają nieprawidłowości, a ich sygnały bywają zbyt szybko unieważniane”. W mojej ocenie już na etapie okołodiagnostycznym rodzic może przekazać lekarzowi bardzo wiele – o ile zostanie uważnie wysłuchany, bez sprowadzania wszystkiego do „typowych” faz rozwoju. Wiele rzeczy da się wychwycić wcześniej, nie tylko za pomocą testów, lecz przede wszystkim dzięki uważności na to, co mówi rodzic. W praktyce widzimy też inny problem: rodzice trafiają do lekarza pierwszego kontaktu, a potem do psychologa, gdzie przy ADHD rzadko przeprowadza się pogłębiony wywiad – zbyt szybko przechodzi się do testów, poświęcając mało uwagi rozmowie z rodzicem. Przyczyn

jest kilka. Często rodzic nie ma zasobów – jest zmęczony codziennością i samym procesem diagnozy, a jeśli współwystępują inne trudności zdrowotne, obciążenie jest jeszcze większe. Potrzebuje więc przestrzeni i uważności specjalisty, by móc opowiedzieć o codzienności, co wcale nie jest łatwe.

Rodzice wracają do nas i mówią: „Chyba zawodzę wychowawczo. Może problem jest po mojej stronie”. Dlatego tak ważna jest wrażliwość na ich perspektywę. W kontekście szkoły zachęcam psychologów i psycholożki do obserwacji także poza gabinetem. Już sama przerwa, szatnia czy stołówka dostarczają cennych informacji, które pozwalają szybciej kierować dzieci na diagnozę. Niestety wciąż zdarza się przerzucanie odpowiedzialności między specjalistami. Brakuje otwartego komunikowania niepokoju i inicjowania procesu diagnostycznego.

Martwi również brak rozwiązań systemowych. Orzeczenia wydawane przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne z powodu zagrożenia niedostosowaniem społecznym często nie odpowiadają potrzebom dzieci z ADHD. Potrzebne jest pogłębienie kompetencji i narzędzi u pedagogów specjalnych, psychologów i oligofrenopedagogów – nie dlatego, że brakuje im dobrej woli, lecz dlatego, że mają ograniczony dostęp do ewaluacji, szkoleń, superwizji i nierzadko brakuje im wsparcia i odwagi, by rozpocząć proces diagnostyczny.

Podsumowując, główne wyzwania przed formalną diagnozą to, po pierwsze, brak pogłębionego wywiadu z rodzicem i uważnego wysłuchania; po drugie, niewykorzystywanie obserwacji dziecka w naturalnych sytuacjach szkolnych: podczas przerw, w szatni, stołówce czy kolejce do jadalni. Te przestrzenie – gdy specjaliści poświęcą im odpowiednio dużo uwagi – mogą dostarczyć kluczowych informacji.

M: Jakie są największe wyzwania w szkole dla dziecka z ADHD, a jakie dla rodzica?

SK: Wspólnym mianownikiem trudności jest unieważnianie: objawów u dziecka, jego dyskomfortu oraz konieczności rozpoczęcia pracy od rzetelnej diagnozy potrzeb. Zwykle zaczynamy od lektury dokumentów, co jest zrozumiałe, bo na nich opiera się wsparcie edukacyjne. Zbyt rzadko jednak organizujemy „starty adaptacyjne”, czyli działania wspierające adaptację i budowanie relacji u uczniów z wyzwaniami rozwojowymi. Zamiast dać im przestrzeń, by się zaprezentowali i wybrzmiały ich (także niezaspokojone) potrzeby, reagujemy natychmiast. W edukacji włączającej nazywam to „odruchem węża strażackiego” – gasimy od razu. Jeśli uczeń jest bardzo pobudliwy lub dezorganizuje przebieg lekcji, skupiamy się na szybkim „ugaszeniu pożaru”, zamiast najpierw wysłuchać młodego człowieka i stworzyć przyjazne warunki, chociażby poprzez adaptacyjne IPET-y (indywidualne programy edukacyjno-terapeutyczne – przyp. red.).

Wyzwania uczniów z ADHD bywają wzmacniane przez beztroskę dorosłych, także specjalistów. W orzeczeniach i opiniach formułuje się zalecenia różnym językiem i na zbyt wysokim poziomie ogólności. Tymczasem uczeń, stając u progu szkoły, ma „milion” potencjałów ukrytych pod wachlarzem objawów: nadpobudliwości, trudności z koncentracją, sygnałów wynikających z niezaspokojonych potrzeb. Jeśli dokumenty są ogólne, nie dajemy mu szansy na dobry start. Orzeczenie to w praktyce „konstytucja” w życiu dziecka ze specjalnymi potrzebami; idzie z nim do szkoły, a niektórzy nauczyciele nie są w stanie realnie go wykorzystać, bo zapisy są zbyt niekonkretne.

W szkołach narasta też frustracja wobec pracy zespołów IPET-owych. Od nauczycieli słyszę: „Mamy w szkole trzydziestu uczniów w spektrum, jeśli zaczniemy wczytywać się w każdego, to nie skończymy do grudnia”. Odpowiadam: mówimy o kluczowych dokumentach w życiu uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi – o orzeczeniach o potrzebie kształcenia specjalnego i opiniach specjalistów. Jeżeli nie zaczniemy tworzyć standardów ich opracowywania i dopasowywać zaleceń do indywidualnych potrzeb, szkoła stanie się dla tych uczniów poligonem już od pierwszego dnia. Te dzieci nie mają mniejszych szans dlatego, że „są trudne”, lecz dlatego, że dostają zbyt ogólne wskazówki, które nie przekładają się na codzienną praktykę.

M: Mówi Pani o trudnościach na poziomie prawa oświatowego, funkcjonowania szkoły i codzienności uczniów z ADHD. Jakie działania systemowe mogłyby realnie wesprzeć dzieci z ADHD i ich rodziny?

SK: Powiedzmy to wprost: ADHD powinno być odrębną podstawą do wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego, zamiast być traktowane jako „zagrożenie niedostosowaniem społecznym”. To dwie różne kwestie. Dziś nie ma planów rozszerzenia katalogu przesłanek. Dopóki jednak nie powstanie spójny, kompatybilny plan wsparcia dla dzieci z ADHD – jasno opisujący rozpoznawanie i zaspokajanie potrzeb, metodykę pracy i zakres zajęć rewalidacyjnych – będziemy kręcić się w kółko. Nie chodzi o „resocjalizację”, tylko o edukację opartą na potrzebach. Problem w dużej mierze wynika z braku odpowiednich rozwiązań prawnych.

Gdybym miała podpowiedzieć radzie pedagogicznej, co robić, gdy w szkole jest uczeń z ADHD, zaproponowałabym stworzenie wspólnie z radą rodziców szkolnego programu profilaktyczno-wychowawczego dla uczniów z ADHD. Taki dokument powinien zakładać otwartość na neuroróżnorodność i obejmować:

- cykliczne szkolenia oraz superwizję dla nauczycieli,
- działania wspierające uczniów, rodziców i kadre,

- „lekcje różnorodności” dla całej społeczności szkolnej,
- jasne standardy ewaluacji i aktualizacji zaleceń,
- doprecyzowane, zindywidualizowane zapisy w IPET, możliwe do wdrożenia na lekcjach.

To byłaby realna zmiana w szkolnych programach profilaktyczno-wychowawczych. Zachęcam, by rady rodziców wprost wnioskowały o szkolenia, stałe ewaluacje i rozwiązania wzmacniające inkluzję nie tylko dla uczniów w spektrum autyzmu, ale także dla dzieci z ADHD.

Dopóki nie mamy „twardych” rozwiązań systemowych, warto korzystać z rozwiązań pomostowych. Organizacje pozarządowe już je wypracowują: przygotowują poradniki, szkolą, biorą udział w konsultacjach publicznych, rozmawiają z ministerstwami. Jeśli szkoła jest otwarta na dialog i współpracę, można skutecznie wspierać uczniów z ADHD mimo braków systemowych. Jeśli jednak dominuje podejście formalistyczne – zapisy „dla zasady”, z których nic nie wynika – nie uruchomimy realnej zmiany.

M: Czy w ostatnich latach zauważa Pani zmiany w sytuacji dzieci z ADHD? Czy coś się realnie poprawia i czy na bazie tych zmian można projektować kolejne?

SK: Od lat – jako środowisko społeczne i koalicja organizacji pozarządowych – zabiegamy o zmianę sytuacji dzieci z ADHD. Największą barierą pozostaje sposób orzekania: nie odpowiada on potrzebom tych uczniów i – mówię to z pełną odpowiedzialnością – bywa dla nich szkodliwy. W podobnej sytuacji są dzieci z FAS (od ang. *fetal alcohol syndrome*, alkoholowy zespół płodowy – przyp. red.) oraz z zespołem Tourette’a, które często również nie otrzymują adekwatnych orzeczeń. Dlatego wciąż tworzymy rozwiązania pomostowe, by zapewnić im wsparcie, zwłaszcza przy współwystępowaniu innych niepełnosprawności.

Za pozytywną zmianę uważam rosnącą dbałość o standardy pracy zespołów zajmujących się WOPFU (wielospecjalistyczną oceną poziomu funkcjonowania ucznia – przyp. red.) i IPET. Na treść orzeczeń mamy ograniczony wpływ, ale mamy wpływ na realizację zaleceń, o ile są „uszyte na miarę”. Jeśli orzeczenie trafi do szkoły w ustawowych 30 dniach, a w tym czasie zostanie rzetelnie przeprowadzona WOPFU i opracowany IPET, zespół – nauczyciele, psycholog, rodzic i uczeń – może zrobić bardzo dużo. Nawet gdy orzeczenie jest ogólne, można przełożyć jego zapisy na konkretne działania i uzupełnić je wiedzą rodzica i dziecka. W efekcie powstają oceny i plany na bardzo wysokim poziomie – pod warunkiem indywidualizacji. Należy pamiętać, że dzieci z ADHD nie tworzą jednorodnej grupy; kluczowe są uważność i odpowiedzialność.

Zmienia się także świadomość. Gdy rodzice i kadra wiedzą, że mają pole działania, wsparcie nabiera tempa. Co może zrobić rodzic? Po złożeniu dokumentów w szkole może zwrócić

się do lekarza psychiatry i psychologa o pisemne wytyczne do pracy rewalidacyjnej/ wspierającej na terenie placówki. Składa je w dwóch egzemplarzach w sekretariacie z wnioskiem o aktualizację zapisów WOPFU i IPET. To praktyczny „pomost”, często stosowany dziś przez rodziców dzieci z ADHD, który jasno wskazuje, jakie działania szkoła powinna wdrożyć. Wtedy można precyzyjnie określić potrzeby, harmonogram współpracy zespołu, częstotliwość ewaluacji (IPET co najmniej raz w roku, WOPFU co najmniej dwa razy w roku, a w razie potrzeby częściej). Sytuacja uczniów z ADHD bywa dynamiczna, więc zespół musi działać elastycznie i na bieżąco uwzględniać zmienne wpływające na funkcjonowanie dziecka. Znam szkoły, w których to działa dzięki zaangażowaniu specjalistów, nauczycieli i uważnej współpracy z rodzicami.

Trzeba też głośno powiedzieć o ciężarze, który dźwigają rodziny. Rodzice żyją w ciągłym napięciu, licząc na to, że szkoła nie poprosi ich kolejny raz o natychmiastowy odbiór dziecka czy o zaświadczenie, że „już przyjmuje leki”. Brakuje przestrzeni na rozmowę i wsparcie psychologiczne dla opiekunów. Najłatwiej przykleić etykietę: „ma ADHD, tak ma”. Tymczasem techniki „kij i marchewka” to skróty, które nie rozwiązują problemu. System musi działać, ale nie kosztem dziecka. W okresie adolescencji napięcia rosną, więc tym bardziej potrzebne są metody rozładowywania napięcia i regulacji emocji. Na zajęciach wspierających zamiast kolejnego „pudełka puzzli” bardziej skuteczne są rozmowa i trening: jak rozpoznać napięcie w ciele, czym jest złość, jakich „kół ratunkowych” można użyć – i powtarzać to tyle razy, ile trzeba. Jeśli skupimy się na zaspokajaniu realnych potrzeb i na rozmowie z młodymi ludźmi, zobaczymy efekty. Jeśli zaś będziemy „ustawiać”, „resocjalizować” i „trenować” bez zrozumienia, może to przynieść krótkoterminowe sukcesy, ale długofalowo grozi kryzysem zdrowia psychicznego, także suicydalnym. Naszym celem jest szkoła, która wspiera, a nie taka, w której dziecko płaci najwyższą cenę za spełnianie cudzych oczekiwań.

M: A gdybyśmy miały podkreślić, jakie są największe potrzeby dziecka – ucznia z ADHD?

SK: To z całą pewnością indywidualizacja kształcenia i dostosowanie się do potrzeb psychofizycznych. Dobra diagnoza tych potrzeb i odpowiednio dobrana indywidualna metodyka ich zaspokojenia.

M: Jak powinno być tworzone środowisko szkolne dla uczniów?

SK: Przede wszystkim zapewnijmy dostępność sensoryczną. Ograniczmy na korytarzach nadmiar bodźców: kolorowe gazetki, połyskujące dekoracje i „barwy jesieni” przenieśmy do jednego, wyznaczonego miejsca ekspozycji. Sale lekcyjne powinny być spokojne wizualnie i akustycznie

z myślą nie tylko o nadwrażliwości słuchowej, lecz także wzrokowej oraz o trudnościach z koncentracją. To dziś tak samo ważne, jak kiedyś dostępność architektoniczna.

Potrzebne są też pokoje wyciszenia – nie jako „izolatki” ani miejsca „za karę”, lecz przyjazne przestrzenie, z których może skorzystać każdy uczeń. Warto o nich rozmawiać z całą społecznością szkoły i wyjaśniać, do czego służą.

Kolejna kwestia to redukcja hałasu: rezygnacja z głośnych dzwonków, działania ograniczające poziom hałasu na przerwach. Natężenie dźwięku w wielu szkołach znacząco przekracza normy, co nasila objawy i obciążenie układu nerwowego uczniów.

Niezbędny jest stały dostęp do psychologa, nie „na komendę” i „w godzinach”, lecz w ramach profilaktyki, tak aby młodzi ludzie wiedzieli, że pomoc jest dostępna. To powinno wynikać wprost z przepisów. Ważne są także szkolenia dla nauczycieli i regularna ewaluacja wiedzy. Tempo zmian jest duże, a to, czego uczyliśmy się zaledwie kilka lat temu, często nie przystaje do obecnej rzeczywistości. Aktualizowanie kompetencji zwiększy skuteczność w zaspokajaniu potrzeb uczniów z ADHD.

Elementem „pierwszej potrzeby” jest komfort sensoryczny, ale również dostęp do „kół ratunkowych”, np. otwartych sal gimnastycznych i zorganizowanych aktywności w ramach „TimeLabów”, z których mogą korzystać wszyscy uczniowie, by rozładować napięcie.

Na koniec kwestia oceny zachowania, o której na pewno powiedziała by mój syn. Punktowe ocenianie bywa krzywdzące, bo często ocenia objawy i niezaspokojone potrzeby, a nie złą wolę. Oczekiwanie „standardowego” zachowania od ucznia z ADHD bywa równie nieracjonalne, jak wymaganie od dziecka z niepełnosprawnością ruchową wejścia po schodach bez wózka. To nie jest sprawiedliwe narzędzie oceny.

M: Czyli ważne jest, by szkoły otwierały się na własne zasoby: korzystały z czytelni jako miejsca wyciszenia, z sali gimnastycznej i dostępnego sprzętu sportowego. Już teraz mają wiele możliwości, których nie zawsze są świadome.

SK: Zgadzam się. Te zasoby istnieją. Potrzebujemy jednak świadomości, jak mądrze z nich korzystać, zamiast pozostawiać je w 70% „zamrożone”. Podsumowując, mam ważne przesłanie: zacznijmy od siebie. My – dorośli – sprawdźmy, czy mamy gotowość i chęć realnie wesprzeć młodego człowieka. O zmiany systemowe będziemy walczyć jako strona społeczna, ale bez zdjęcia barier mentalnych w środowisku szkolnym i życiu codziennym niewiele osiągniemy. Jeśli nie zaczniemy patrzeć na dzieci przez pryzmat zasobów, pasji i mocnych stron, jeśli naprawdę nie docenimy neuroróżnorodności jako wartości, wpadniemy w pułapkę uproszczeń. To zresztą już widać w podejściu do wielokulturowości. Wszystko zaczyna się od

postawy dorosłych – jeśli będziemy wybierać skróty, bo „szybciej i łatwiej”, nie poprawimy sytuacji dzieci z ADHD, nawet najlepszym przepisem prawnym.

M: Jak najbardziej się zgadzam. Bardzo podoba mi się to, co powiedziała Pani o zmianach mentalnych i naszym podejściu do dziecka. Chciałabym dopytać o rolę dyrektorów: w kontekście wsparcia ucznia z ADHD i jego rodziny – jak mogą być liderami edukacji włączającej? Czego od nich wymagamy?

SK: Mam odpowiedzieć jako ekspertka czy jako mama? (śmiech)

M: Najpierw jako mama, a w drugiej kolejności jako ekspertka.

SK: Jako mama oczekuję, że dyrektor lub dyrektorka będzie moim drogowskazem w inkluzji. To osoba, która organizuje dostępność, usuwa bariery mentalne, zarządza zespołem i dba o szkolenia. Dyrektor zaprasza radę rodziców do realnej współpracy, współtworzy statut szkoły i czuwa, by jego zapisy były żywe, a nie martwe. To także autorytet dla grona pedagogicznego – ktoś, kto nie tylko „odhacza” wymagania nadzoru, ale także inicjuje rozwiązania: od poszerzenia korytarzy i stworzenia pokoi wyciszenia, po mądre wydatkowanie subwencji (w tym szkolenia kadry) oraz wpuszczanie superwizji do szkoły. Od dyrektora bardzo wiele zależy.

Z perspektywy eksperckiej widzę inny problem: pomieszanie ról i kompetencji. Nauczyciel współorganizujący bywa traktowany jak prowadzący, prowadzący wchodzi w rolę psychologa i mediatora, a granice odpowiedzialności są niejasne. Spotykam nauczycieli skrajnie zmęczonych, którzy po nocach przygotowują specjalne pomoce i „biorą na siebie” indywidualizację, choć powinna być rozpisana w planach i wsparta przez zespół. Potrzebny jest klarowny podział zadań: kto odpowiada za co – od przedmiotu, przez rewalidację, po współpracę z rodzicami.

Bardzo bolesna jest też sytuacja, gdy w szkole pojawia się uczeń z ADHD z niezaspokojonymi potrzebami i trudnymi zachowaniami, a dyrektor przerzuca odpowiedzialność na rodziców innych dzieci, zachęcając do skarg i nacisków na usunięcie ucznia. To nie powinno się zdarzać. Dyrektor ma obowiązek mediować, dbać o poufność danych, korzystać z pomocy poradni psychologiczno-pedagogicznej i zapraszać ekspertów, by razem szukać rozwiązań. Warto też mieć odwagę powiedzieć: „Nie wiem, jak to rozwiązać – potrzebuję wsparcia”, a potem je zorganizować.

Dyrektor ma narzędzia, którymi rodzice nie dysponują. Może ewaluować kompetencje kadry, szkolić także personel niepedagogiczny (np. pracowników stołówki czy obsługi), budować procedury „TimeLabów” i dostępności sensorycznej, a także dbać o kulturę współpracy. Możliwości są szerokie, prawo daje tu przestrzeń, ale wykonanie bywa zbyt zachowawcze

i zależne od lokalnej polityki. Zdarza się, że w niektórych miejscach ogranicza się wydawanie orzeczeń, co wiąże się z subwencją. Jeśli dyrektor stoi po stronie indywidualizacji kształcenia i realnych potrzeb dzieci, szkoła „idzie do przodu”. Jeśli staje wyłącznie „po stronie systemu”, bez inicjowania zmian – nic się w placówce nie zmieni.

M: Poruszyliśmy zagadnienia istotne w kontekście wsparcia ucznia z ADHD i jego rodziny, a także wykorzystania potencjału szkoły i nauczycieli. Wśród nauczycieli jest wielu fantastycznych ludzi, którzy potrafią i mogą skutecznie pomagać – jeśli stworzy im się odpowiednie warunki, zespół i jasno pokaże kierunek działania.

SK: W kwestii nauczycieli zgadzam się i chcę, aby to wybrzmiało. Mam przyjemność superwizować 28 szkół i przedszkoli. Nie zawsze trafiam w miejsca idealne, ale spotykam niezwykle kreatywnych, poszukujących i chętnych do rozwoju pedagogów oraz świetnych dyrektorów, również w małych, wiejskich szkołach. Tam naprawdę dzieje się edukacja włączająca, bez „instrukcji jeden do jednego”, za to z uważnością na potrzeby, a nie tylko na rubryki w tabeli. Te miejsca pokazują, że inkluzja może być codziennością – żywą, czułą i skuteczną. Dobrze, że istnieją i stanowią wzór oraz źródło inspiracji. Oczywiście obok nich są również placówki, w których wiele jeszcze pozostaje do zrobienia – „czarne dziury” systemu – ale właśnie dlatego tak ważne jest promowanie dobrych praktyk.

*

Rozmowa z Sylwią Kowalską – mamą młodej osoby z neuroróżnorodnością, działaczką społeczną i ekspertką edukacji włączającej – zwraca uwagę na to, co dziś najbardziej uwiera rodziny dzieci z ADHD: od „gaszenia” rodzicielskiej uważności na początku drogi, po zbyt ogólne dokumenty i słabe wdrożenie rozwiązań w szkole. Jednocześnie pokazuje konkretne „bajpasy systemowe” i praktyki, które można wdrażać od razu – przy odrobinie dobrej woli i odwagi po stronie szkoły.

Zidentyfikowane obszary:

- Diagnoza i „unieważnianie” rodzica – na starcie procesu wsparcia brakuje pogłębionego wywiadu i uważności na sygnały od opiekunów; zbyt szybko przechodzi się do testów, pomijając obserwację codzienności dziecka, także poza lekcją – na korytarzu, w stołówce.
- Pułapka orzecznicza – ADHD jest rozpatrywane w kategoriach zagrożenia niedostosowaniem społecznym, co nie odpowiada realnym potrzebom i ogranicza dostęp do adekwatnego wsparcia.

- IPET i WOPFU – dokumenty tworzone są często bez faktycznego udziału rodziców i uczniów, ich treść jest ogólna, pozbawiona realnej indywidualizacji; potrzebne są standardy pracy zespołów, częstsza ewaluacja i „szycie na miarę” potrzeb.
- Szkoła jako środowisko dostępne sensorycznie – ograniczenie hałasu (m.in. rezygnacja z głośnych dzwonek), porządkowanie bodźców wzrokowych w klasach i na korytarzach, stałe „pokoje wyciszenia” dostępne dla wszystkich, a nie „izolatki”.
- Codzienna profilaktyka zamiast gaszenia pożarów – realny, łatwy dostęp do psychologa; regularne szkolenia kadry uwzględniające najnowsze ustalenia naukowców; „TimeLaby” i ruch w ciągu dnia.
- Metodyka regulacji emocji – uczenie rozpoznawania napięcia, złości i sposobów rozładowywania zamiast kolejnego „pudełka puzzli” na rewalidacji.
- Zniesienie punktowej oceny zachowania – punktowe ocenianie skupia się na incydencie, objawach, a nie przyczynach, często wynikających z niezaspokojonych potrzeb, bywa po prostu niesprawiedliwe.
- Plan na poziomie szkoły – wspólny (dyrekcja – rada pedagogiczna – rada rodziców) plan profilaktyczno-wychowawczy dla uczniów z ADHD, „lekcje różnorodności”, superwizje i jasny podział ról i zakres kompetencji w zespole.
- Rola dyrektora – lider inkluzji, dba o dostępność, organizuje szkolenia, zaprasza rodziców do współpracy, prowadzi mediacje i egzekwuje jakość pracy zespołów, zamiast przerzucać odpowiedzialność.
- „Bajpasy systemowe” i siła organizacji pozarządowych – gdy system nie domaga, można i warto działać oddolnie: wytyczne specjalistów do pracy w szkole, częste aktualizacje IPET i WOPFU, partnerskie zespoły z udziałem rodzica i ucznia.

Rozmowa i wnioski to konkretna mapa drogowa dla szkół i samorządów oraz praktyczny kompas dla rodziców – mniej „resocjalizacji”, więcej dostępności, współpracy i indywidualizacji. Bo zmiana zaczyna się od postawy dorosłych – a dobre praktyki można wdrożyć już dziś.

Zakończenie

Dziękujemy za czas poświęcony na zapoznanie się z poradnikiem. Mamy nadzieję, że zgromadzona w nim wiedza i praktyczne wskazówki będą dla Państwa cennym wsparciem w pracy z uczniami z ADHD. Praca z dziećmi i młodzieżą mającą specyficzne potrzeby edukacyjne wymaga wytrwałości, wrażliwości i ciągłego poszerzania kompetencji – poradnik powstał po to, by ułatwić Państwu ten proces.

Pamiętajmy, że każdy uczeń z ADHD to indywidualność, a zrozumienie i odpowiednie wsparcie mogą znacznie przyczynić się do ich sukcesów. Edukacja inkluzyjna jest nie tylko wyzwaniem, ale przede wszystkim szansą na rozwój całej społeczności szkolnej. Życzymy Państwu wytrwałości, satysfakcji z pracy oraz wielu pozytywnych doświadczeń w kontaktach z uczniami, którzy mimo trudności mają ogromny potencjał i przy właściwym wsparciu mogą osiągnąć spektakularne sukcesy.

O Autorach

Agnieszka Słopeń – prof. dr hab. n. med.; kierownik Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu; konsultant krajowy ds. psychoterapii dzieci i młodzieży; zastępca przewodniczącego Sekcji Naukowej Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego; prezes Stowarzyszenia na Rzecz Wspierania Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Vis-a-Vis w Poznaniu. Specjalista psychiatrii oraz psychoterapii dzieci i młodzieży, specjalista psychiatrii dorosłych, certyfikowany psychoterapeuta Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Od 1994 roku związana ze Stowarzyszeniem na Rzecz Osób z Autyzmem „ProFUTURO” w Poznaniu. Współzałożyciel działającego od 2002 roku Punktu Diagnostyczno-Konsultacyjnego. Naukowo i w praktyce klinicznej zajmuje się zaburzeniem ze spektrum autyzmu, rozwojem języka, rozwojem dzieci urodzonych przedwcześnie, ADHD, zaburzeniami odżywiania, pierwszymi epizodami zaburzeń afektywnych i psychotycznych, podłożem genetycznym zaburzeń psychicznych.

Tomasz Wolańczyk – prof. dr hab. med.; neurolog, specjalista psychiatra dzieci i młodzieży. Posiada certyfikat z epileptologii Polskiej Ligi Przeciwpadaczkowej i certyfikat terapeuty poznawczo-behawioralnego Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej oraz Włoskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej. Autor ponad 300 prac naukowych, w tym 7 książek poświęconych psychiatrii dzieci i młodzieży. W przeszłości członek zarządów kilku towarzystw naukowych, konsultant wojewódzki i konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży. Członek założyciel Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej, a także European Society of the Study of Tourette Syndrome. Od roku 2002 kieruje Kliniką Psychiatrii Wieku Rozwojowego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie.

Marta Jerzak – psycholog, certyfikowany psychoterapeuta poznawczo-behawioralny i superwizor terapii poznawczo-behawioralnej (certyfikat PTPPB nr 109) Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej, trener programu przeciwdziałania agresji. Absolwentka studiów podyplomowych z zakresu terapii pedagogicznej (Instytut Badań Edukacyjnych), a także diagnozy klinicznej dziecka i jego rodziny (Uniwersytet Warszawski). W 2016 roku ukończyła szkolenie uprawniające do prowadzenia terapii metodą Instrumental Enrichment. Zajmuje się psychoterapią dzieci, młodzieży i osób dorosłych oraz diagnozą i terapią zaburzeń rozwojowych u dzieci i młodzieży. Prowadzi „Warsztaty dla Dobrych Rodziców/Nauczycieli – jak radzić sobie na co dzień z trudnymi zachowaniami”. Od wielu lat uczy psychoterapii poznawczo-behawioralnej, obecnie w ośrodku Poza Schematami i w Szkole Psychoterapii Crescentia. Jest autorką i współautorką wielu publikacji z zakresu psychologii dzieci i młodzieży.

Magdalena Wydra – pedagog specjalny, logopeda, trener TUS, terapeutka behawioralna z pasją i doświadczeniem. Ukończyła studia z edukacji wczesnoszkolnej i przedszkolnej, posiada tytuł Polskiej Licencji Terapeuty Behawioralnego. Aktywnie działa jako członek Rady Superwizorów i Terapeutów Behawioralnych. Prelegentka na konferencjach i warsztatach, specjalizująca się w tematyce neuroróżnorodności dziecięcej. Na co dzień pełni funkcję wicedyrektora w Niebieskim Punkcie Przedszkolnym o profilu behawioralnym. Pracuje jako nauczyciel i wychowawca dzieci z neuroróżnorodnością, w tym dzieci w spektrum autyzmu, z niepełnosprawnością intelektualną oraz z ADHD. Prowadzi terapię behawioralną oraz konsultacje dla rodziców w gabinecie terapeutycznym, wspierając rodziny w codziennych wyzwaniach wychowawczych i rozwojowych. Prowadzi szkolenia i webinary z zakresu praktycznych strategii w pracy z dzieckiem ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi – ich tematyka dotyczy budowania relacji z dzieckiem, rozwijania komunikacji, pracy z zachowaniami niepożądanymi oraz współpracy ze środowiskiem domowym. Współtwórczyni scenariuszy zajęć publikowanych w czasopiśmie „Terapia Specjalna”. Z ogromnym zaangażowaniem łączy wiedzę teoretyczną z praktyką, tworząc bezpieczną przestrzeń do rozwoju dla dzieci oraz merytoryczne wsparcie dla nauczycieli, terapeutów i opiekunów.

Barbara Olszewska – pedagog specjalny, licencjonowany superwizor PLTB, certyfikowany terapeuta behawioralny, oligofrenopedagog oraz tyflopedagog. Od 2006 roku pracuje zawodowo z dziećmi ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, z ukierunkowaniem na pracę z osobami z zaburzeniami rozwoju i zachowania. Pracuje w Centrum Terapii Behawioralnej w Gliwicach oraz Lucky Mind w Chorzowie, gdzie prowadzi terapię indywidualną i grupową (trening TUS), konsultacje, przeprowadza diagnozy różnicujące w kierunku autyzmu. Zatrudniona w Przedszkolu nr 16 Integracyjnym w Chorzowie w charakterze pedagoga specjalnego. Współpracuje z Fundacją z ASPI-racjami w Łodzi, Niepubliczną Szkołą Podstawową „Niebieski Zakątek” z Oddziałami Integracyjnymi i Specjalnymi w Chorzowie jako konsultant terapii dzieci i młodzieży, Szkołą Życia w Rybniku jako superwizor. Prowadzi zajęcia na Akademii WSB w Dąbrowie Górniczej i Gliwicach. Prowadzi szkolenia o tematyce TUS i publikuje w czasopiśmie „Terapia Specjalna”.

Agnieszka Rosa – nauczyciel, psycholożka, pedagog, terapeutka, absolwentka UMK w Toruniu. Od ponad 6 lat pracuje z dziećmi, młodzieżą i ich opiekunami. Doświadczenie zawodowe zdobywała m.in. w szkołach, przedszkolach, prowadzi także prywatną praktykę. Jest mamą trójki wspaniałych dzieci. Do pracy i walki o potrzeby dzieci motywuje ją jej syn, który sam zmaga się z neuroróżnorodnością. Jego determinacja jest jej siłą.

Sylwia Kowalska – współtwórczyni Fundacji Autism Team oraz Inicjatywy Obywatelskiej Chcemy Całego Życia, w których działa społecznie na rzecz poprawy jakości życia osób z niepełnosprawnościami, aktywna członkini Inicjatywy „Nasz Rzecznik”, która współpracuje z Biurem Rzecznika Praw Obywatelskich oraz Biurem Rzeczniczkich Praw Dziecka. Działaczka na rzecz środowiska rodzin osób z autyzmem. Współinicjatorka ruchu rodziców i opiekunów osób z niepełnosprawnościami. Inicjatorka i koordynatorka ogólnopolska Klubu Świadomych Rodziców. Inicjatorka działań wspierająco-wytchnieniowych dla rodziców dzieci z niepełnosprawnościami „Otulacz Rodzicielski” oraz szkoleń „Niezbędnik systemowy rodzica dziecka z niepełnosprawnością”. Współorganizatorka i aktywna uczestniczka kampanii społecznych na rzecz zwiększania świadomości na temat życia z niepełnosprawnościami. Zaangażowana m.in. w działania na rzecz zniesienia zakazu pracy zarobkowej dla osób pobierających świadczenia opiekuńcze; kampanię „Nie zamykajmy dorosłych z niepełnosprawnością w czterech ścianach!”, dotyczącą potrzeby tworzenia specjalistycznych środowiskowych domów samopomocy typów D i E dla osób w spektrum autyzmu i z niepełnosprawnościami sprzężonymi; a także w inicjatywę „Dzieciństwo bez przemocy, dorosłość bez lęku” w ramach obchodów Światowego Dnia Świadomości Autyzmu. Koordynatorka corocznej kampanii społecznej „Szkoła przyjazna dla autyzmu. Szkoła przyjazna dla neuroróżnorodności. Szkoła przyjazna dla każdego człowieka bez wyjątku”. Inicjatorka i koordynatorka Społecznego Pogotowia Interwencyjnego. Ekspertka edukacji włączającej. Organizatorka i współautorka licznych szkoleń dla rad pedagogicznych, warsztatów dla rodziców i specjalistów oraz spotkań autorskich (m.in. „Porozmawiajmy o autyzmie”, „Edukacja włączająca uczniów i uczennic w spektrum autyzmu”). Współtwórczyni i organizatorka „Lekcji Różnorodności”. Propagatorka samostanowienia osób z niepełnosprawnościami. Członkini Łódzkiej Rady Działalności Pożytku Publicznego oraz Koalicji Organizacji Poradniczych. Współorganizatorka przestrzeni wolności w byciu sobą – Klubu Świadomej Młodzieży, który zrzesza młodzież w spektrum autyzmu, współautorka licznych kampanii społecznych promujących samorzecznictwo, m.in. „Jestem – Mogę – Będę!”, „Inkluzja NIE Iluzja – Obywatelskość. Partycypacja. Samostanowienie”. Innowatorka społeczna (KŚM. Praktyki zwiększające dostępność dla osób w spektrum autyzmu). Uhonorowana tytułem Kobiety Niezwykłej (2021), Medalem 600-lecia za zasługi dla Miasta Łodzi (2023) za wieloletnią działalność społeczną na rzecz osób z niepełnosprawnościami ich rodzin, wyróżniona przez „Kapitułę Wielkiej Siły” Grupy Teatralnej „Autentyczni Artyści” (2024) za działania wspierające na rzecz włączania dzieci i młodzieży z niepełnosprawnościami w świat kultury i sztuki. W maju 2025 roku odznaczona przez Łódzką Kapitułę Dzieci i Młodzieży Medalem „Serce Dziecku” – symbolem „szczególnego uznania za miłość, pracę i poświęcenie dla dzieci”. W jej słowniku nie istnieje

słowo: niemożliwe. Menedżerka zasobów ludzkich – zawodowo, projektowo i hobbistycznie.
Prywatnie szczęśliwa żona i mama fantastycznego 19-letniego Janka z autyzmem,
niepełnosprawnościami sprzężonymi i milionem zalet.