Mieczysław Dudek

Praca z dzieckiem nadpobudliwym psychoruchowo w domu

Studia nad Rodziną 13/1-2 (24-25), 299-309

2009

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

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

MUZEUM HISTORII POLSKI

Studia nad Rodziną
UKSW
2009 R. 13 nr 1-2 (24-25)

Mieczysław DUDEK

PRACA Z DZIECKIEM NADPOBUDLIWYM PSYCHORUCHOWO W DOMU

1. Charakterystyka syndromu ADHD

W każdej szkole i w każdym środowisku spotykamy dzieci, które wyróżniają się z racji swojej nadruchliwości, impulsywności i problemów z uwagą. Dzieci te nazywane są nadpobudliwymi psychoruchowo.

W ostatnim czasie coraz częściej nadpobudliwość psychoruchowa określana jest jako ADHD. Jest to skrót zapożyczony z języka angielskiego, oznaczający zespół *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, który został opisany przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne w IV edycji podręcznika chorób SM (*Diagnostic and Statistic of Mental Disorders*)[1]. Polskie tłumaczenie tego terminu wskazuje, że jest to w pierwszym rzędzie deficyt uwagi, któremu towarzyszy bardziej lub mniej nasilona nadruchliwość[2].

Inna klasyfikacja: ICD-10 (Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – rewizji 10), zespół ten określa, jako zaburzenia hiperkinetyczne (zespoły nadpobudliwości ruchowej – F 90)[3].

ADHD jest zaburzeniem często występującym u dzieci, a wskaźniki światowe i polskie szacują częstotliwość jego występowania na poziomie 6-13% populacji.

---

[1] DSM-IV Sourcebook, Volume 3. Edited by: Thomas. A. Widiger, Ph. D. Allen. J. Frances, M. D. Harald Allan Pincus, M.D. Ruth Ross, M. A. Michael B. First, M. D. Wendy Davis, Ed. M. Publisched by the American Psychiatric Association, Waschington, D. C. 1997.

[2] Por. Z. Bartkowicz, Terapia nieletnich nadpobudliwych psychoruchowo, „Opieka, Wychowanie, Terapia" 1998, nr 2, s. 17-28; S. Tucholska, Metody badania nadpobudliwości, w: „Wykłady z psychologii" t. 7, Lublin 1994, s. 255-270; M. Dudek, Syndrom Deficytu Uwagi i Nadruchliwości uczniów klas V, w: Problemy pedagogiki specjalnej w okresie przemian społecznych, red. A. Pielecki, Lublin 2002, s. 307-315.

[3] ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10, Kraków 1997.

Podręcznik klasyfikacji chorób DSM-IV wyróżnia wyraźnie 3 postaci zespołu nadpobudliwości psychoruchowej, w zależności od rodzaju dominujących objawów:

1. podtyp z przewagą zaburzeń koncentracji uwagi – gdy dziecko nie jest w stanie skupić się na lekcji lub na określonym zadaniu. Interesuje się wszystkim dookoła, tylko nie pracą. Zazwyczaj jednak pozostaje w miejscu i nie biega. Takie dzieci nie wzbudzają swoim zachowaniem niepokoju rodziców, a przez nauczycieli traktowane są jako mniej zdolne. Wskutek nie wykorzystania swoich potencjalnych możliwości często kończą swoją karierę szkolną ze złymi ocenami lub zbyt wcześnie (np. na poziomie szkoły zawodowej);
2. podtyp z przewagą nadruchliwości i impulsywności – tzw. dzieci niezmordowane, wiecznie biegające, skaczące. Wybierają one tylko te zabawy, które związane są z ruchem i szybkością. W szkole na ogół nie mają kłopotów z przyswajaniem sobie materiału, choć szybko nudzą się i wstają z ławki. Dzieci te, często określane są jako zdolne wiercipięty, mające kłopoty z dogadywaniem się z nauczycielem i resztą klasy;
3. typ mieszany – czyli łączny, gdy u dziecka występują zarówno nasilone objawy niepokoju ruchowego, obniżona kontrola impulsów oraz objawy zaburzeń koncentracji uwagi. Powoduje on, że dzieciom tym najtrudniej radzić sobie z codziennością[4].

Autorzy zgodnie podkreślają, że u każdego dziecka można rozpoznać w kolejnych, przeprowadzonych co kilka lub kilkanaście miesięcy badaniach, inny podtyp tego zaburzenia[5]. Wynika to prawdopodobnie z tego, że w różnym wieku bardziej są nasilone i widoczne odmienne problemy. W wieku przedszkolnym dziecka zwykle rodzice zaniepokojeni są tym, że nie potrafi ono usiedzieć w miejscu. W wieku szkolnym natomiast nauczyciele zwracają uwagę nie tylko na fakt, że nie może ono usiedzieć w miejscu, ale także na to, że nie potrafi skupić się na lekcji.

2. Objawy współwystępujące z ADHD

Oprócz typowych dla ADHD objawów stwierdza się u tych dzieci zaburzenia, które występują nie tylko w omawianym zespole, lecz również u dzieci nie przejawiających ADHD. Pierwszą grupę objawów stanowią te, które typowe

[4] M. Dudek, Syndrom Deficytu Uwagi i Nadruchliwości u uczniów klas V, dz. cyt., s. 307.

[5] M. Radochoński, Osobowość antyspołeczna. Geneza, rozwój i obraz kliniczny, Rzeszów 2000, s. 100-101.

są dla jednostek określanych potocznie, jako nieprzystosowane lub wykolejone społecznie[6]. Drugą grupę objawów uważanych za wyraz zaburzeń nerwicowych stanowią: zaburzenia snu, moczenie, lęki nocne i dzienne, natręctwa, zacinanie się i jąkanie[7]. Trzecią grupę objawów stanowią fragmentaryczne deficyty rozwojowe, takie jak: zaburzenia pamięci, zaburzenia językowe, różne postaci dysleksji, nieustalona lateralizacja, niezgrabność ruchowa[8].

Zaburzenia współistniejące z zespołem ADHD wskazują na istnienie skomplikowanych powiązań przyczynowo-skutkowych, niesłychanie trudnych do rozwikłania. Jednocześnie tworzy się niepokojący obraz dziecka nadpobudliwego psychoruchowo, jako dziecka poważnie zaburzonego, zwykle sprawiającego trudności wychowawcze, jak również napotykającego określone problemy w nauce.

3. Diagnoza i terapia dzieci z ADHD

Problemy w funkcjonowaniu społecznym i poznawczym osób nadpobudliwych psychoruchowo nie wynikają ze złej woli, lecz stanowią manifestację określonej postaci ADHD. W sytuacji, gdy nasilenie objawów nadpobudliwości psychoruchowej całkowicie uniemożliwia funkcjonowanie poznawcze i społeczne dziecka, należy je skierować do właściwej poradni zajmującej się tą problematyką – może to być poradnia psychologiczno-pedagogiczna, poradnia specjalistyczna, poradnia rodzinna, poradnie służby zdrowia. Diagnozą nadpobudliwości psychoruchowej powinny zająć się odpowiednio do tego przygotowane zespoły specjalistów.

W ustaleniu ADHD pomocne są różnego rodzaju skale obserwacyjne[9]. Zwracają one uwagę na rodzaj i częstotliwość występowania u dziecka zachowań uznanych za przejawy nadpobudliwości. Wśród najczęściej wymienionych w literaturze jest lista zachowań wchodząca w skład kryteriów klasyfikacyjnych ICD-10 i oczywiście kryteria DSM-IV.

---

[6] Tamże, s. 102.

[7] H. Nartowska, Dzieci nadpobudliwe psychoruchowo, Warszawa 1972, s. 26-31.

[8] T. Wolańczyk, A. Kołakowski, M. Sokolnicka, Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci, Lublin 1999, s. 115.

[9] Pisałem o tym w: Problemy diagnozowania Zespołu Deficytu Uwagi z Nadruchliwością u dzieci w wieku szkolnym, „Zeszyty Naukowe Politechniki Radomskiej" 2005, nr 1-2, s. 227-239.

Zgodnie z przepisami prawnymi, rozpoznanie zespołu nadpobudliwości psychoruchowej, kwalifikuje ucznia do tzw. kształcenia specjalnego[10]. Jest to niezwykle istotne, gdyż dziecko takie z racji problemów powinno być otoczone specjalistyczną opieką.

Przyjmuje się, że większość zaburzeń występujących u dzieci i młodzieży ma uwarunkowania środowiskowe, których nie można łagodzić czy eliminować bez współpracy z domem[11]. Współpraca pracowników poradni z rodzicami polega z jednej strony na wyjaśnianiu przyczyn zaburzeń u dzieci, z drugiej zaś na pozyskiwaniu ich do kontynuowania ćwiczeń w warunkach domowych, aranżacji właściwych sytuacji wychowawczych oraz wzmacniania oczekiwanych zachowań.

Jednym z podstawowych zadań poradni psychologiczno-pedagogicznych, powinno być przekazanie rodzicom elementarnej wiedzy z zakresu pedagogiki i psychologii, umożliwiającej nawiązanie prawidłowych relacji z własnymi dziećmi oraz zaspokojenia ich podstawowych potrzeb psychicznych i emocjonalnych.

Autorzy zgodnie podkreślają, że rodzina wywiera istotny i znaczący wpływ na zachowanie się jednostki, zwłaszcza na jej ustosunkowanie się do innych osób, do świata wartości, jak również do systemu norm i wzorów postępowania. Przyjmuje się, że środowisko rodzinne, jako pierwsze i najbliższe, w sposób najbardziej intensywny oddziałuje na dziecko, przetwarzając nie tylko jego cechy wrodzone, temperamentalne, ale również biopsychiczne cechy nabyte, mające wpływ na postawy dziecka, jego nawyki i zasady postępowania.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji i Sportu, odnoszącym się do wczesnego wspomagania rozwoju dziecka, specjaliści zatrudnieni w po-

---

[10] Podstawowe przepisy prawne regulujące kwestie związane z nauczaniem specjalnym, to: art. 71b ust. 1a ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 1996 r. Nr 67, poz. 329 ze zmianami); Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 29 stycznia 2003 r. w sprawie sposobu i trybu organizowania indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży (Dz. U. Nr 23, poz. 193); Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 lutego 2001 r. w sprawie orzekania o potrzebie kształcenia specjalnego lub indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży oraz wydawania opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju a także szczegółowych zasad kierowania do kształcenia specjalnego lub indywidualnego nauczania (Dz. U. Nr 13, poz. 114 ze zmianami).

[11] M. Dudek, Edukacja rodziców w świetle doświadczeń pracy poradni psychologiczno-pedagogicznej z rodziną, w: Rodzicielstwo. Wybrane zagadnienia kontekstów edukacyjnych, red. D. Opozda, Lublin 2007, s. 348.

radni, lekarz, psycholog, pedagog i logopeda, mają za zadanie programowanie terapii na podstawie kompleksowej diagnozy medycznej, psychologiczno-pedagogicznej dziecka oraz jego środowiska rodzinnego[12].

Powszechnie przyjmuje się, że rodzice stanowią główny filar z trzech, na których opiera się wczesna rewalidacja. Zazwyczaj rodzice dziecka zaburzonego w rozwoju lub niepełnosprawnego muszą dodatkowo pełnić specjalne funkcje, które związane są z eliminowaniem pierwotnych i wtórnych zaburzeń rozwoju ich dziecka, wynikających z określonej wady rozwojowej. Różnorodne, a przy tym specyficzne zadania rodziców zmuszają ich do zdobywania specjalistycznej wiedzy z różnych dziedzin. Jednym ze sposobów wspierania rodziców w ich pracy rewalidacyjnej z dzieckiem w domu jest działalność poradni psychologiczno-pedagogicznych, specjalistycznych poradni, poradni rodzinnych, poradni służby zdrowia itd. Schemat nr 1. odzwierciedla podstawowe kierunki działalności poradni specjalistycznych.

Jak wynika z przedstawionego schematu działania poradni psychologiczno-pedagogicznej, praca specjalistów z dzieckiem to nie tylko zindywidualizowana praca z konkretną osobą, lecz jednocześnie praca z jej rodziną. Wszelkie programy edukacyjno-rewalidacyjne powinny opierać się z jednej strony na kształtowaniu i ćwiczeniu określonych umiejętności u dziecka, z drugiej zaś powinny zmierzać do pomocy całej rodzinie.

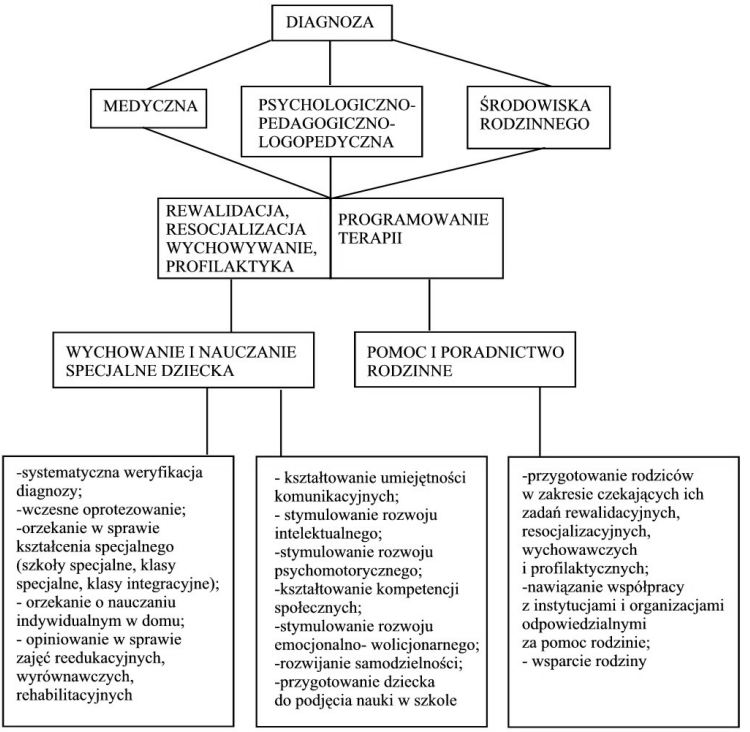
Dzieci z ADHD są dziećmi trudnymi, wymagającymi większego wysiłku ze strony dorosłych, zdecydowanie większej cierpliwości, rozsądnego i konsekwentnego działania dla osiągnięcia pozytywnych rezultatów wychowania. Dzieci te, z racji że są bardziej kłopotliwe i uciążliwe, najczęściej wywołują u dorosłych stan zdenerwowania, a nawet wręcz wyczerpania. Pojawia się u dorosłych samoobrona przed aktywnością dziecka[13]. Rodzice, którzy w wychowaniu dziecka zrównoważonego nie popełniają błędów wychowawczych, wykazują antytalent wobec dziecka z zespołem ADHD. Na ogół trudno rodzicom zrozumieć, dlaczego takie same polecenie do dziecka zrównoważonego wywołuje pożądany rezultat, a dla nadpobudliwego jest bodźcem niewystarczającym.

---

[12] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 4 kwietnia 2005 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci (Dz. U. z dnia 25 kwietnia 2005 r.).

[13] J. Prekop, C. Schweizer, Niespokojne dziecko, Poznań 1997.

Rysunek 1. Schemat działalności poradni psychologiczno-pedagogicznych w zakresie wsparcia dziecka i jego rodziny



Zdaniem Z. Bartkowicza[14] zazwyczaj dorośli stosują wobec dzieci z zespołem ADHD (tak w domu rodzinnym, jak i w placówkach szkolnych i opiekuńczo-wychowczych) ten sam typ zabiegów, polegający głównie na upominaniu, nakłanianiu do spokojnego siedzenia i uważania. Ponieważ zabiegi takie z reguły nie przynoszą oczekiwanych efektów, w związku z czym dorośli popadają w irytację, uciekając się do coraz ostrzejszych sposobów dyscyplinowania. Uciążliwość zachowań osób z ADHD łatwo uruchamia proces stygmatyzacji, w ocenie dorosłych kwalifikuje je do roli szczególnie trudnych, nieposłusz-

[14] Z. Bartkowicz, Terapia nieletnich nadpobudliwych psychoruchowo, dz. cyt., s. 19.

nych, pełnych złej woli, zepsutych oraz nieuchronnie staczających się na złą drogę.

Panuje przekonanie, że odpowiednie kierowanie dzieckiem daje dobre wyniki wychowawcze. Natomiast wadliwe oddziaływanie może powodować wtórne zaburzenia emocjonalne[15].

Warto zwrócić uwagę na wyniki badań, jakie przeprowadził F. Frankel i inni. Wskazują one na duże możliwości w zakresie terapii dzieci z objawami ADHD i zaburzeń opozycyjno-buntowniczych (*Oppositional Defiant Disorder*)[16]. Inny zespół badawczy: A.M. Southam-Gerow i inni, przedstawił procedury zastosowane w terapii zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych, zachowań antyspołecznych, agresji wśród chłopców, zaburzeń zachowania oraz ADHD[17]. Polegają one głównie na terapii samokontroli i rozwijaniu zdolności do rozwiązywania podstawowych problemów życiowych.

L. Woodward i inni badając dzieci nadpobudliwe z terenu Londynu doszli do wniosku, że o tym, czy dzieci z ADHD zostaną objęte specjalistyczną pomocą decydują zarówno czynniki tkwiące w dziecku, jak i w rodzicach[18]. Zdolności rodziców w radzeniu sobie z zachowaniem dziecka, zachwiana emocjonalność dziecka, problemy w sytuacjach szkolnych – zdaniem tych autorów – to czynniki pozwalające przewidzieć potrzebę opieki klinicznej.

Zupełnie odmienne stanowisko w sprawie terapii nadpobudliwych psychoruchowo prezentują B. Lahey i inni. Powołując się na swoje wcześniejsze wyniki badań podkreślają, że ADHD jest syndromem powszechnie występującym, chronicznym i zdecydowanie słabo prognozującym efektywne leczenie[19]. Zdaniem autorów żadne z dotychczasowych oddziaływań nie okazało się być skuteczne w leczeniu ADHD.

---

[15] Tamże, s. 17.

[16] F. Frankel, R. Myatt, D. P. Cantwell, D. T. Feinberg, Parent-Assisted Transfer of Children`s Social Skills Training: Effects on Children With and With and Without Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Child Adolescent Psychiatry, August 1997.

[17] A. M. Southam-Gerow, M. A. Southam-Gerow, A. Henin, A. Marrs, P. C. Kendall, Cognitive – behavioral therapy with children and adolescents, Child and Adolescent Psychatric Clinics of Nrth America, 1997, Vol. 6, Iss 1, s. 111.

[18] L. Woodward, L. Dowdney, E. Taylor, Child and family factors influencing the clinical referral of children with hyperactivity: A research note, Joournal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 1997, Vol. 38, Iss 4, s. 479-485.

[19] B. Lahey, W. Pelham, M. A. Stein, J. Loney, C. Trapani, K. Nugent, H. Kipp, E. Schmidt, S. Lee, M. Cale, E. Gold, C. Hartung, E. Willcutt, B. Baumann, Validity of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder for Younger Children, J. AM. ACAD Child Adolesc. Psychiatry, July 1998.

Generalnie, terapia zespołu nadpobudliwości psychoruchowej zasadza się na próbie połączenia oddziaływań wychowawczych rodziny i szkoły, zwykle jest to oddziaływanie oparte na zasadzie terapii behawioralnej oraz ewentualnie (w sytuacji szczególnie nasilonych objawów) zażywania leków psychotropowych np. desipraminy. Jednak, nie każde dziecko z ADHD wymaga leczenia farmakologicznego. Okazuje się ono niezbędne wówczas, gdy objawy ADHD są tak nasilone, że inne możliwości pomocy – na przykład poradnictwo specjalistyczne, współpraca ze szkołą – nie przynoszą spodziewanych efektów.

Zakończenie

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej jest zaburzeniem wyniszczającym zarówno dziecko nim dotknięte, jak i całe jego najbliższe środowisko.

Istnieje zgodność co do stanowiska, że środowisko rodzinne wywiera zdecydowanie najsilniejszy wpływ na kształtowanie się osobowości ze wszystkich czynników środowiskowych. W rodzinie, jako grupie pierwotnej dokonuje się ważny proces socjalizacji i wychowania, ponieważ stanowi ona najlepszą rękojmię przystosowania społecznego dziecka[20].

Postępowanie terapeutyczne zmierzające do opanowania zespołu ADHD i przeciwdziałanie jego skutkom, należy podjąć jak najwcześniej. Należy w odpowiednim czasie uwierzyć w dobrą wolę dziecka z ADHD, zrozumieć jego trudności, aby poprzez nieodpowiednie działanie dorosłych nie zniszczyć jego dobrej woli i nie spowodować buntu.

Pierwszym, podstawowym warunkiem w pracy z dzieckiem nadpobudliwym psychoruchowo, wymienianym niemal przez wszystkich autorów, jest akceptacja jego odmienności oraz to, że być może nigdy nie będzie idealnym, wymarzonym dzieckiem lub uczniem. Dorośli powinni dopasować wymagania do realnych możliwości dziecka, co ochroni wszystkich przed kolejnymi niepowodzeniami. Stawianie sobie za cel pracy, że dziecko ośmioletnie ma samo siadać do lekcji i codziennie o nich pamiętać, z góry skazuje rodziców na porażkę. Jeśli zaś oczekują, że za którymś przywołaniem ma ono siąść do lekcji, o stałej porze i razem z rodzicem sprawdzić, co jest zadane jako praca domowa, wówczas mają szansę na sukces. Podobnie nauczyciel, który wymaga od dziecka z zespołem ADHD, aby siedziało nieruchomo przez całą lekcję, również poniesie klęskę. Jeśli jednak nauczyciel oczekuje, by dziecko nie

[20] Por. Z. Tyszka, Socjologia rodziny, Warszawa 1974, s. 64.

wychodziło z ławki lub wróciło do niej po jednokrotnym upomnieniu, wówczas ma szansę na sukces.

Coraz częściej podkreśla się, iż w pracy z dziećmi z zespołem ADHD najlepszymi sojusznikami nauczyciela mogą być rodzice. Jest to możliwe tylko wówczas, kiedy nauczyciel zamiast oskarżać rodziców o to, że nie potrafią wychować swojego dziecka, uzna, że mają wspólny problem i razem mogą spróbować go rozwiązać[21].

Analiza literatury dotyczącej ADHD, zawiera zgodny opis dotyczący sposobów postępowania z dzieckiem nadpobudliwym psychoruchowo na terenie domu. Poszczególni autorzy różnią się jedynie zakresem ujmowanych problemów. Poniżej zostanie przedstawiony syntetyczny zestaw różnych propozycji, spotykanych w literaturze, stanowiących szczegółowe wskazania do postępowania z dzieckiem nadpobudliwym na terenie domu.

1. Dziecku z ADHD należy zapewnić w domu atmosferę akceptacji i spokoju.
2. Do dziecka z ADHD należy odnosić się z wyrozumiałością i cierpliwością, pamiętając o tym, że jego zachowanie nie wynika ze złośliwości, czy braku niechęci do kontrolowania swego zachowania.
3. Należy zapewnić dziecku z ADHD poczucie bezpieczeństwa i miłości, nie zapominając przy tym o konsekwencji i wymaganiach.
4. Osoba dorosła w kontaktach z dzieckiem powinna bezwzględnie panować nad swoimi emocjami, nie może reagować nerwowo, gwałtownie, wybuchowo, agresywnie.
5. Należy zorganizować dziecku z ADHD właściwą strukturę dnia, polegającą na uporządkowaniu dziennego rozkładu zajęć, wyrażającym się, między innymi stałą porą wstawania, posiłków, pracy, nauki, realizacji hobby, odpoczynku, a wreszcie snu.
6. Wymagania wobec dziecka powinny być formułowane w sposób jasny i klarowny, umożliwiający dziecku zrozumienie jego obowiązków oraz zasad właściwego zachowania w określonej sytuacji.
7. Należy konsekwentnie przestrzegać ustalonych reguł i obowiązków, jak również nagradzania i karania.
8. Dziecko powinno posiadać własne miejsce do nauki i zabawy (własny, odrębny pokój lub kącik), pozbawione nadmiaru sprzętów czy elementów ozdobnych.
9. Dom jest nie tylko najlepszym miejscem do zabawy, ale również miejscem gdzie można obserwować dziecko i interweniować w każdej chwi-

[21] T. Wolańczyk, A. Kołakowski, M. Sokolnicka, Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci, dz. cyt., s. 43-45.

li. Ze względu na nadpobudliwość i skłonność do rozproszenia, należy dobierać do zabawy z dzieckiem nadpobudliwym 1-2 dzieci spokojnych i zrównoważonych.

10. Dziecko z ADHD powinno mieć stałe obowiązki domowe, dostosowane do jego możliwości. W trakcie realizacji tych obowiązków, należy eliminować przejawy chaosu, chwaląc jednocześnie i nagradzając za trud i wykonanie powierzonych prac, nawet, jeśli dziecko wykonało je mało dokładnie.
11. W trakcie odrabiania pracy domowej należy ograniczyć lub wyeliminować dodatkowe bodźce zewnętrzne, mogące rozpraszać uwagę dziecka (wyłączyć telewizor, komputer, radio, schować zabawki i inne zbędne rzeczy z biurka).
12. Należy ograniczać czas spędzany przed telewizorem i komputerem, eliminując przy tym treści agresywne, z dużym ładunkiem emocji i szybką akcją.
13. Niezwykle ważne jest, aby rodzice i opiekunowie pracujący z dzieckiem nadpobudliwym psychoruchowo potrafili odczytywać sygnały ostrzegawcze, poprzedzające jego wybuchy gniewu, a jednocześnie potrafili właściwie reagować – poprzez zachowanie spokoju, odwrócenie uwagi, omówienie konfliktu.
14. W chwilach wolnych od zajęć należy proponować dziecku różne zabawy poprawiające i rozwijające jego koncentrację uwagi, percepcję, motorykę, koordynację, (malowanie, odwzorowywanie, wycinanie, lepienie, układanie klocków i puzzli, pracę w oparciu o odpowiednie, nowoczesne programy komputerowe).
15. W sytuacji konfliktowej dziecko nigdy nie powinno być pozostawiane samemu sobie. Wszystkie sytuacje konfliktowe winny być rozwiązywane natychmiast. Należy unikać odraczania kary, odsyłania dziecka do jego pokoju, co może wywołać zbędne, nadmierne napięcie emocjonalne.
16. Rodzice i opiekunowie powinni mieć czas na wspólną rozmowę i zabawę z dziećmi.
17. W sytuacji bardzo dużego nasilenia objawów nadpobudliwości psychoruchowej, gdy zachowanie dziecka zagraża zdrowiu lub życiu jego i innych osób, należy natychmiast skontaktować się z lekarzem, celem rozeznania sytuacji i przypisania właściwych leków stymulujących.
18. Rodzice i opiekunowie powinni stale poszerzać swoją wiedzę z zakresu ADHD poprzez lekturę, czynny udział w szkoleniach i zajęciach terapeutycznych prowadzonych z ich dziećmi na terenie przedszkoli, szkół lub placówkach specjalistycznych. W ten sposób poznają różne formy pracy terapeutycznej, a wiedzę tą wykorzystają na terenie domu.

Na ogół autorzy zgodnie potwierdzają, że dziecko prawidłowo prowadzone w domu, kontrolowane i wdrażane, nie powinno mieć jakichkolwiek problemów w szkole. Należy jednak pamiętać o tym, że szkoła może niweczyć wysiłki domu, a dom niweczyć pracę szkoły[22]. Dlatego podstawową zasadą w pracy z dzieckiem nadpobudliwym psychoruchowo, jest ścisła współpraca rodziców ze szkołą.

Autorzy zgodnie podkreślają, że wysiłek poniesiony w początkowych latach nauki szkolnej opłaci się i będzie procentować w dalszych latach. W związu z powyższym słusznym wydaje się, by dziecko z ADHD trafiało do klasy prowadzonej przez nauczyciela cierpliwego, z odpowiednimi kompetencjami oraz takiego, który sam nie ujawnia cech nadpobudliwości psychoruchowej.

Zespół ADHD jest dolegliwością, z której nigdy się nie wyrasta, ale którą można uczynić mniej dokuczliwą zarówno dla dziecka, jak i dla jego otoczenia[23]. Można i powinno się tak modyfikować otoczenie, aby stworzyć dziecku odpowiednie warunki zdobywania wiedzy oraz funkcjonowania w grupie. Z pewnością podstawą postępowania w zespole ADHD jest postępowanie wielokierunkowe.

Mieczysław Dudek: Home treatment of a child with the ADHD

The article presents basic informations concerning ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). It is assumed that the majority of disturbances concerning young children and teenagers is predefined environmentally, however, it is not possible to eliminate and moderate them without cooperation with the family environment. The effective therapeutic effort should allow for an individual approach and the family treatment at the same time. All educational and therapeutic programs ought to be founded on shaping and practicing particular skills of the child as well as bring help to all the family environment.

---

[22] H. Nartowska, Dzieci nadpobudliwe psychoruchowo, dz. cyt., s. 92-108.

[23] Np. P. Cooper, K. Ideus, Zrozumieć dziecko z nadpobudliwością psychoruchową, Warszawa 2001; E. M. Hallowell, J. J. Ratey, W świecie ADHD. Nadpobudliwość psychoruchowa z zaburzeniami uwagi u dzieci i dorosłych, Poznań 2004.