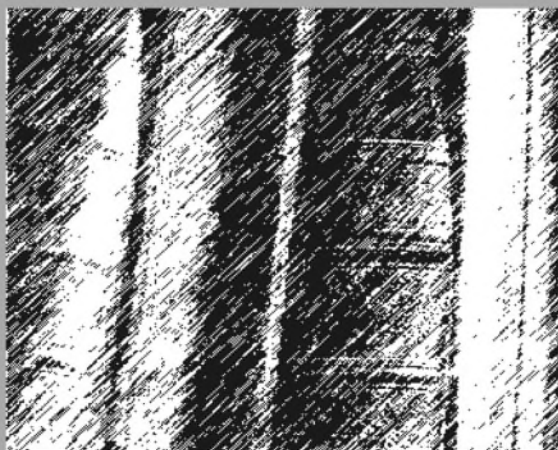




MARTA NIEMIEC

## Problem przystosowania dzieci z ADHD do warunków szkolnych – (sposoby przeciwdziałania odrzuceniu i wykluczeniu społecznemu dziecka „innego”)

Warunkiem zdrowia psychicznego jest sytuacja, w której człowiek rozumie swoje otoczenie i jest przez otoczenie jednocześnie zrozumiany. Brak porozumienia i zrozumienia jest źródłem niepokoju.

Jürgen Reuscha

**The problem of ADHD children's adaptation to school conditions  
(countermeasures against rejection and social exclusion of an „alien” child)**

**Abstract:** The literature of the subject and the research conducted by the author prove that a ADHD child may have problems with adapting to a peer group and all the same may have learning difficulties. The article contains the detailed description of the conducted research and the indications concerning working out the suitable strategies for work with a child and the rest of a class team in order to improve social behaviour of a schoolchild with ADHD and a general social condition in a school class.

**Key words:** social adaptation, ADHD syndrom, peer group.

## Wprowadzenie

Nadmierna ruchliwość małego dziecka – bez braku połączenia z wykonywanym przez nie jakimkolwiek działaniem – jest dla otoczenia bardzo irytująca. Dziecko to z trudnością znajduje jedno miejsce na kilka chwil, często biega, wierci się, wspina po krzesłach, nawet meblach. Nie zawsze myśli się o takim zachowaniu jako o stanie chorobowym i dopiero w zachowaniu starszego dziecka ustawiczne wiercenie się, kręcenie na krześle, obgryzanie ołówka czy kredek wskazuje na wewnętrzny, chociaż niczym nieuzasadniony, niepokój. Powszechnie określa się takie zachowanie dziecka jako nadpobudliwość psychoruchową.

Literatura od niedawna – w porównaniu z innymi chorobami wieku dziecięcego – interesuje się nadpobudliwością jako zachowaniem prowadzącym do stałych zmian w życiu dziecka, przede wszystkim zmian w funkcjonowaniu psychoruchowym. W wydanej w roku 1999 książce polskich autorów – Tomasza Wolańczyka, Artura Kołakowskiego i Magdaleny Skotnickiej *Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci* – przeczytać można, iż: „Zespół nadpobudliwości psychoruchowej jest znany na świecie od 143 lat. Oczywiście nie zawsze nazywał się tak samo. [...] Obecnie w piśmiennictwie światowym oficjalnie używane są dwie nazwy: w popularnej i powszechnie używanej Klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-IV) z 1994 roku jest mowa o *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (w skrócie – ADHD). W Polsce obowiązuje klasyfikacja według ICD-10, gdzie wyróżnia się termin *Hiperkinetic Disorder*, czyli zespół hiperkinetyczny lub zaburzenia hiperkinetyczne (Wolańczyk, Kołakowski, Skotnicka, 1999, s. 11). Klasyfikacja DSM-IV dzieli symptomy ADHD na kategorie: 1) zaburzenia koncentracji uwagi oraz 2) nadpobudliwość psychoruchową; w zależności od występowania jednego lub obu symptomów definiuje się trzy podtypy ADHD:

- podtyp mieszany, gdy obecne są zarówno brak koncentracji uwagi, jak i nadpobudliwość psychoruchowa,
- podtyp z dominującym brakiem koncentracji uwagi,
- podtyp z dominującą nadpobudliwością psychoruchową (Piffner, 2004, s. 20).

Charakterystyczna dla ADHD triada objawów: brak koncentracji uwagi, problemy z kontrolą impulsywności oraz nadmierna ruchliwość muszą być rozpoznane u dziecka przed 7. rokiem życia i muszą cechować się trwałością występowania w okresie minimum 6 miesięcy, a także powodować „istotne kliniczne cierpienie lub upośledzenie w zakresie funkcjonowania społecznego, szkolnego lub zawodowego” (*Klasyfikacja zaburzeń psychicz-*

nych..., 1998, s. 140). Należy podkreślić, że wiele dzieci z ADHD wykazuje także objawy innych zaburzeń lub problemów, które niejako „towarzyszą” ADHD. Należą do nich: zachowania opozycyjno-buntownicze (*oppositional defiant disorder*); syndrom zaburzenia zachowania (*conduct disorder*), który wykazuje aż 30% dzieci z ADHD, problemy emocjonalne, a także specyficzne trudności szkolne, takie jak: dysleksja, dysgrafia, dyskalkulia, zaburzenia pamięci, zaburzenia językowe, niezgrabność ruchowa (Pfiffner, 2004, s. 26; Wołańczyk, Kołakowski, Skotnicka, 1999, s. 115). Konsekwencją wszystkich omówionych tu zaburzeń są poważne problemy, z którymi borykają się zarówno same dzieci dotknięte ADHD, jak i ich najbliższe otoczenie. Są to: zaniżona samoocena, skłonność do depresji, agresja, zaburzone relacje z rówieśnikami, trudności w uczeniu się, trudności w wybieraniu i realizacji najważniejszych celów.

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi nie jest łatwy do zdiagnozowania, gdyż wymaga specjalnych badań i obserwacji. Problemem jest też mylenie schorzenia z potocznym zachowaniem, w najgorszym wypadku – lekceważenie zachowania dziecka przez opiekunów. Dlatego każda nowa publikacja, każdy artykuł (komunikat czy doniesienie z badań) są obecnie dla rodziców, nauczycieli – zarówno w przedszkolu, jak i w szkole – niezwykle istotne. ADHD budzi coraz większe zainteresowanie wśród pedagogów i psychologów, którzy muszą być przygotowani do pracy z takimi dziećmi oraz nieść wsparcie rodzicom i nauczycielom.

## Dziecko z ADHD w młodszym wieku szkolnym

Biorąc pod uwagę etapy życia ludzkiego, należy stwierdzić, że zawsze czołowe miejsce – lub jedno z ważniejszych miejsc w życiu – zajmuje okres szkolny. „Koniec wieku przedszkolnego i pierwsze lata pobytu w szkole są okresem szczególnie istotnym dla dalszego rozwoju dziecka. Dzieje się tak dlatego, że w społeczeństwach cywilizowanych, w których szkoła pełni wobec młodego pokolenia funkcje kształcące, przygotowujące do życia i pracy zawodowej oraz w dużej mierze także opiekuńczo-wychowawcze, staje się ona dla dziecka, od chwili wstąpienia do niej potężnym czynnikiem rozwoju” (Wołoszynowa, 1975, s. 522). Rozwój jest procesem ciągłym, jednak rozwój dziecka w młodszym wieku szkolnym jest okresem wyjątkowym. Spotykają się właściwie obce sobie osoby, podporządkowane regułom szkolnym, a przecież „każda dziewczynka, każdy chłopiec rozwija się

w tempie i rytmie indywidualnym, dla siebie tylko właściwym. Powoduje to występowanie znacznych różnic między dziećmi, które są równolatkami. [...] Różnice te wynikają zarówno z różnego u każdej jednostki wyposażenia genetycznego, jak z różnych warunków życia i wychowania” (Filipczuk, 1985, s. 11).

Jeżeli placówka przedszkolna sygnalizowała wcześniej rodzicom nadpobudliwość dziecka lub oni sami na podstawie objawów konsultowali się z lekarzem, szkoła ma już więcej możliwości podjęcia odpowiednich oddziaływań terapeutycznych czy korygujących zachowanie dziecka. Podstawową bowiem koniecznością – w warunkach większości systemów oświaty – jest pozostawanie dziecka/ucznia w jednym miejscu przez 45 minut. Dla dziecka z zespołem ADHD taki stan jest niezwykle trudny, gdyż poza jednym miejscem, w jakim musi pozostawać – ławką szkolną – powinien jeszcze w miarę uważnie słuchać nauczyciela. To w czasie lekcji dziecko ma obowiązek zajmowania się przez dłuższy czas jednym problemem, tematem, zapamiętywać polecenia, przyswajać wiele informacji jednocześnie, co dla dziecka z omawianym schorzeniem może być bardzo trudne. Sprawą zasadniczą jest też fakt, iż dziecko na lekcji powinno być grzeczne, nie powinno komentować poleceń nauczyciela ani przerywać innym odpowiedzi, nie powinno przeszkadzać, gdy praca wymaga skupienia i wysiłku umysłowego. „Objawy nadpobudliwości ujawniają się zwykle w pierwszych tygodniach nauki, gdy dziecko oswoi się już z nową sytuacją (w nowym, ciekawym otoczeniu dziecko z ADHD będzie – przynajmniej przez jakiś czas – zachowywać się wzorowo)” (Wolańczyk, Kołakowski, Skotnicka, 1999, s. 92).

Szkoła stawia przed grupą – klasą szkolną jednolite zadania i stara się wyrównywać poziom rozwoju dzieci, niwelować różnice. Niwelowanie różnic wkracza też w sferę zachowań. „Właściwością szczególnie charakterystyczną dla młodszego wieku szkolnego, jest ogromna aktywność dziecka. Przejawia się ona upodobaniem do gier i zabaw ruchowych, do zajęć o charakterze sportowym [...]. Aktywność ruchowa ma swoje uzasadnienie rozwojowe: umożliwia właściwy rozwój fizyczny dziecka, przyczynia się do zwiększenia wytrzymałości i siły mięśni, do rozwoju mięśnia sercowego i naczyń krwionośnych, do wzrostu sprawności ruchowej” (Filipczuk, 1985, s. 13).

Spostrzeżenie, że dziecko nadpobudliwe psychoruchowo wykonuje jedno i to samo zadanie raz dobrze, a raz źle, potrafi zająć się zabawą, ale też ciągle zmieniać zajęcia, może wywoływać „specyficzną reakcję wychowawców; z jednej strony są oni zmęczeni aktywnością dziecka, niezadowoleni z jego działalności, z drugiej widzą, że dzieci te niejednokrotnie uzyskują dobre wyniki w swojej pracy” (Nartowska, 1986, s. 27). To nie mniejsze uzdolnienia, lecz sposób ich wykorzystania, powoduje trudności w szkole.

Ponieważ nadpobudliwość psychoruchowa wiąże się z nadpobudliwością emocjonalną – „reagując zbyt gwałtownie, w sposób nieadekwatny do bodźca dziecko zraża do siebie nauczycieli i kolegów. Tym pierwszym odpowiada niegrzecznie (bo szybko się niecierpliwi i zniechęca), a także ma trudności w wykonywaniu ich poleceń. Również nieumiejętność przeskazywania w zabawie, nie umie poczekać na swoją kolej, złości się i obraża” (Filipczuk, 1985, s. 199).

Podstawowe wskazania praktyczne służące optymalnej pracy z dzieckiem z ADHD w grupie szkolnej można przyjąć jako idealistyczne, należy jednak starać się w organizacji życia szkoły kierować się nimi dla dobra dziecka. Wskazania te można ująć następująco:

- „– optymalnym miejscem nauczania dziecka z ADHD jest mało liczna, 10–15-osobowa klasa o charakterze integracyjnym, najlepiej z dwójką nauczycieli. [...]
- karanie dziecka nadpobudliwego za niezależne od niego objawy spowoduje, że zacznie się ono bać szkoły jako miejsca, w którym spotykają go niezrozumiałe i niesprawiedliwe przykrości” (Wolańczyk, Kołakowski, Skotnicka, 1999, s. 94).

## Przystosowanie dziecka z ADHD do warunków szkolnych – założenia metodologiczne

Nadpobudliwość psychoruchową zauważa się najczęściej dopiero wyraźnie w kontaktach społecznych dziecka z otoczeniem, gdyż postępowanie dzieci z ADHD, jak zostało zaznaczone w charakterystyce objawów schorzenia, to „gadatliwość, ale też łatwy kontakt z otoczeniem, łatwe nawiązywanie znajomości z innymi dziećmi, chociaż wysoka powierzchowność tych reakcji i łatwa zmienność przedmiotu zainteresowania” (Spionek, Włodarski, 1975, s. 832). Niewątpliwie dzieci z ADHD są wystawione na ogromne ryzyko odrzucenia przez rówieśników. Podobnie jak nauczyciele i rodzice, rówieśnicy mają także trudności z zaakceptowaniem ich zachowania. Dzieci z ADHD często wykazują takie cechy, jak niecierpliwość, skłonność do dominacji, egoizm, brak wycucia i wrażliwości na sygnały społeczne, niechęć do przestrzegania reguł, skłonność do zachowań natrętnych, do frustracji i nudy. Problemy ze skupieniem uwagi, z koncentracją utrudniają im podtrzymanie konwersacji. Takie cechy nie ułatwiają zdobywania przyjaźni, a większość dzieci z ADHD bardzo ich potrzebuje.

Powtarzające się niepowodzenia społeczne mogą mieć dla nich katastrofalne skutki (Piffner, 2004, s. 74).

W związku z przedstawionymi przesłankami zostały podjęte badania, których podstawowym celem była analiza problemu przystosowania dzieci z ADHD do warunków szkolnych w klasach nauczania początkowego. Na potrzeby niniejszej analizy sformułowany został następujący główny problem badawczy: Czy dziecko w młodszym wieku szkolnym z chorobą ADHD ma świadomość swojej inności wśród dzieci? Mając świadomość faktu, iż trudne jest sformułowanie przez dziecko w tym wieku stwierdzenia, że jest ono inne niż jego rówieśnicy, sprecyzowano dodatkowo, szczególne pytania badawcze oraz założono następujące hipotezy robocze:

### **Problemy szczegółowe**

1. Czy dziecko w młodszym wieku szkolnym z ADHD lubi przebywać w grupie?
2. Czy dziecko z ADHD ma potrzebę akceptacji i poczucia bezpieczeństwa w otaczającym je środowisku?
3. Czy dziecko z ADHD ma własne zainteresowania i czy nie lubi, gdy ktoś mu przeszkadza w ich realizacji?

### **Hipotezy robocze**

1. Dziecko z ADHD ma zapewnioną fachową opiekę na terenie placówki szkolnej, co wyraża się postawą wychowawców, pedagogów i psychologów z nim pracujących.
2. Rodzice rozumieją problem ADHD, współpracują z placówkami wychowawczymi i realizują ich zalecenia.
3. Wychowawca/nauczyciel dziecka z ADHD ma dobre rozeznanie w sytuacji zdrowotnej i rodzinnej dziecka.

## **Charakterystyka badanej grupy, teren i organizacja badań, metoda oraz technika badawcza**

Badania własne zostały przeprowadzone we wrześniu i październiku 2007 roku. Terenem badań zostały objęte placówki szkolne, poradnie psychologiczno-pedagogiczne oraz 1 placówka opiekuńczo-wychowawcza z terenu województwa śląskiego. Z uwagi na fakt, że liczba dzieci z ADHD we wspomnianych placówkach nie jest duża, zaistniała konieczność przeprowadzenia badań w kilku miastach województwa, były to szkoły podstawowe w Katowicach, Siemianowicach Śląskich, Dąbrowie Górniczej, Sosnowcu oraz Ośrodek Pomocy Dziecku i Rodzinie w Będzinie. Badaniami objęto we wstępnym etapie pedagogów ewentualnie psychologów szkolnych, a także nauczycieli/wychowawców klas początkowych.

Z przeprowadzonych wywiadów i rozmów wyłoniono grupę uczniów z zespołem ADHD, których poddano badaniu w drugim etapie. Wywiady i rozmowa z wychowawcami, pedagogami oraz psychologami pozwoliła na sformułowanie wniosków i odpowiedzi na pytania odnośnie do postaw tychże osób wobec problemu ADHD, sprawowania fachowej opieki i udzielania fachowej pomocy dziecku, podejmowanych działań wychowawczo-terapeutycznych, wiedzy na temat sytuacji zdrowotnej i rodzinnej dziecka, współpracy rodziców dziecka ze szkołą oraz ich stosunku do dziecka i realizacji zaleceń placówki. Ponieważ większość wskazanych przez nauczycieli i pedagogów dzieci z ADHD uczęszcza także na zajęcia do poradni psychologiczno-pedagogicznych, kierownictwo 3 takich placówek zgodziło się na przeprowadzenie badań. Były to poradnie w Katowicach, Siemianowicach Śląskich i Będzinie. Badania przeprowadzono także w OPDZiR w Będzinie (w wywiadzie i rozmowach uczestniczyli: psycholog, pedagog placówki i 2 wychowawców). W drugim – właściwym etapie badań, którym objęta została wyłoniona wcześniej grupa dzieci z ADHD udało się też bezpośrednio porozmawiać z rodzicami 3 badanych dzieci. W wyniku przeprowadzonych badań wstępnych wyłoniono grupę 26 uczniów dotkniętych zespołem ADHD, w tym 8 dziewczynek i 18 chłopców w wieku od 7 do 10 lat. Płeć i wiek poddanych badaniu dzieci przedstawia tabela 1.

Tabela 1

**Płeć i wiek badanej grupy**

| Płeć       | Liczba | Wiek   | Liczba |
|------------|--------|--------|--------|
| Dziewczęta | 8      | 7      | 6      |
|            |        | 8      | 7      |
| Chłopcy    | 18     | 9      | 7      |
|            |        | 10     | 6      |
| Ogółem     | 26     | więcej | –      |

Źródło: Badania własne.

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. W celu znalezienia odpowiedzi na postawione wcześniej pytania badawcze i weryfikację hipotez skonstruowano kwestionariusz ankiety z elementami wywiadu dla dzieci w młodszym wieku szkolnym. Zaprezentowane narzędzie badawcze jest przedstawione w Aneksie (zob. załącznik 2).

## Analiza wyników badania

Ankieta badawcza z elementami wywiadu dla dzieci w młodszym wieku szkolnym zastosowana wobec badanej grupy uczniów z zespołem ADHD zawierała trzy możliwości odpowiedzi na zadawane dzieciom pytania: „Tak”, „Nie”, „Czasem”. Poszczególne pytania grupowały się w obrębie trzech podstawowych (głównych) problemów, a mianowicie:

1. Dziecko z ADHD w grupie rówieśniczej.
2. Samoocena zachowania w różnych sytuacjach.
3. Fizyczna ruchliwość i relacje z innymi dziećmi.

Uzyskane wyniki (odpowiedzi badanej grupy dzieci) zostaną przedstawione kolejno, według wyodrębnionych problemów, ilościowo i procentowo w formie tabelarycznej.

### Dziecko z ADHD w grupie rówieśniczej

Zagadnienie relacji dziecka z ADHD z grupą rówieśniczą stanowi jeden z podstawowych problemów akceptacji tegoż dziecka przez otoczenie. Ponieważ zachowania dziecka są różne, podjęto w rozmowie temat ogólnego podejścia dziecka do zabaw w grupie, emocji (złości – smutku) w przypadku odrzucenia przez grupę oraz dominowania w grupie.

**Stosunek do grupy rówieśniczej.** Dzieci z ADHD mają swoje zdanie na temat zabaw w grupie rówieśniczej. Jak przedstawia się ono wśród badanych dzieci – prezentuje tabela 2.

Tabela 2

#### Stosunek do grupy rówieśniczej

| Zabawy w grupie | Liczba | [%]  |
|-----------------|--------|------|
| Tak             | 19     | 73,0 |
| Nie             | 4      | 15,4 |
| Czasem          | 2      | 7,7  |
| Brak odpowiedzi | 1      | 3,9  |

Źródło: Badania własne.

Spośród 26 badanych dzieci zdecydowana większość – 19 osób, czyli 73% badanych, stwierdziło, iż lubią bawić się z innymi dziećmi. Zaprzeczyły, że lubią bawić się w grupie rówieśników, 4 osoby – 15,4% badanych,

sformułowania: „Czasem” użyły 2 osoby – 7,7% ogółu. Jedno dziecko (3,9%) nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie.

**Emocje wobec braku akceptacji w grupie rówieśniczej.** Naturalną reakcją grupy wobec nadpobudliwego dziecka jest odrzucenie go od tej ostatniej. Czy reakcja taka złości (smuci) dziecko z ADHD – prezentuje tabela 3.

Tabela 3  
**Emocje wobec braku akceptacji  
w grupie rówieśniczej**

| Złość (smutek)  | Liczba | [%]  |
|-----------------|--------|------|
| Tak             | 9      | 34,6 |
| Nie             | 12     | 46,1 |
| Czasem          | 4      | 15,4 |
| Brak odpowiedzi | 1      | 3,9  |

Zródło: Badania własne.

Z ogólnej liczby – 26 badanych dzieci – 12 (46,1%) stwierdziło, iż nie wyraża złością czy smutkiem swojego stosunku do grupy, która nie chce przebywać w jego towarzystwie. Zbliżona do danej grupa – 9 osób (34,6%) zdecydowanie złości się, gdy nie jest akceptowana przez rówieśników. Opcję „Czasem” wybrała grupa 4 osób (15,4% badanych). Jedno dziecko (3,9% ogółu) nie wypowiedziało się na ten temat.

**Przewodzenie innych dzieci w grupie rówieśniczej.** Cechą dziecka z ADHD jest skupianie uwagi otoczenia na sobie, co wyraża się między innymi w chęci przewodzenia w grupie rówieśniczej. Problem przewodzenia w grupie i stosunku do tego problemu badanych dzieci z ADHD przedstawia tabela 4.

Tabela 4  
**Przewodzenie innych dzieci  
w grupie rówieśniczej**

| Przewodzenie w grupie | Liczba | [%]  |
|-----------------------|--------|------|
| Tak                   | 12     | 46,1 |
| Nie                   | 11     | 42,3 |
| Czasem                | 3      | 11,6 |

Zródło: Badania własne.

Na temat przewodzenia w grupie wypowiedziały się wszystkie badane dzieci. Zaprezentowały swoje emocje wobec faktu, że ktoś inny, a nie one, może być przywódcą grupy rówieśniczej, do której należą. Raczej większość z nich odczuwa w takim przypadku złość – 12 wypowiedzi (46,1% badanych), zbliżona jest też liczba obojętnych wobec tego faktu – 11 osób (42,3% badanych). Opcję, że: „Czasem je to złości” wybrało 3 dzieci – 11,6% badanych.

## Samoocena zachowania w różnych sytuacjach

Dziecko z ADHD bardzo często potrafi wymyślać sobie zabawy oraz poruszać się w sferze własnych wyobrażeń. Temat takich nieokreślonych zachowań, znudzenia zabawą z innymi, niespokojnego zachowania w chwilach zdenerwowania – podejmowano w następnych zagadnieniach ankiety.

**Samodzielne wymyślanie zabaw.** W psychice dziecka z ADHD zachodzą specyficzne zjawiska, nad którymi nie zawsze ono samo panuje. Jakkolwiek lubi zabawę w grupie rówieśniczej, zabawa ta musi go interesować, w innym przypadku z niej rezygnuje. Zagadnienie to w badanej grupie dzieci prezentuje tabela 5.

Tabela 5

### Samodzielne wymyślanie zabaw

| Samodzielne wymyślanie zabaw | Liczba | [%]  |
|------------------------------|--------|------|
| Tak                          | 15     | 57,7 |
| Nie                          | 7      | 26,9 |
| Czasem                       | 4      | 15,4 |

Źródło: Badania własne.

W badanej grupie większość – 15 osób, co stanowi 57,7% – stwierdziło, że potrafią sami wymyślać zabawy, jeżeli nudzi ich to, co robi grupa rówieśnicza. 7 osób (26,9%), a więc ponad połowa poprzedniej, stwierdziło, iż nie wymyśla sobie zabaw, jeżeli nie interesują ich poczynania grupy. Natomiast 4 dzieci (15,4% badanych) tylko czasem wymyśla sobie takie zabawy.

**Rezygnacja z zabawy/pracy w grupie.** Szybkie znudzenie zabawą/nauką może stać się przyczyną rezygnacji z tej zabawy/pracy w codziennych zajęciach w szkole czy poradni dziecka z ADHD. Jak postępują dzieci w badanej grupie – przedstawia tabela 6.

Tabela 6  
**Rezygnacja z zabawy/pracy w grupie**

| Rezygnacja      | Liczba | [%]  |
|-----------------|--------|------|
| Tak             | 11     | 42,2 |
| Nie             | 13     | 50,0 |
| Czasem          | 1      | 3,9  |
| Brak odpowiedzi | 1      | 3,9  |

Źródło: Badania własne.

Wśród badanych dzieci rezygnacja z zabawy/pracy w grupie na skutek znudzenia nie jest zjawiskiem powszechnym, chociaż wysokim. Połowa badanych – 13 osób (50%) nie rezygnuje z uczestnictwa w zajęciach grupy, chociaż nie jest nimi zainteresowana.

Zdanie o rezygnacji wypowiedziało 11 dzieci (42,2%), 1 dziecko (3,9%) odpowiedziało, że zdarza się to czasem, także 1 (3,9%) nie udzieliło odpowiedzi.

**Zachowanie w chwilach zdenerwowania.** Podstawową cechą dziecka z ADHD jest ruchliwość. Jej objawami są w wielu sytuacjach stukanie palcami po stoliku czy poruszanie stopami i wiercenie się. Szczególnie można to zaobserwować w chwilach zdenerwowania dziecka. Jak same siebie oceniają badane dzieci, obrazuje tabela 7.

Tabela 7  
**Niespokojne zachowanie  
w chwilach zdenerwowania**

| Niespokojne zachowanie | Liczba | [%]  |
|------------------------|--------|------|
| Tak                    | 6      | 23,1 |
| Nie                    | 16     | 61,5 |
| Czasem                 | 4      | 15,4 |

Źródło: Badania własne.

W grupie badanych dzieci zdarzają się niespokojne zachowania w chwilach zdenerwowania, co potwierdziło 6 osób (23,1%), jednak przeważającą liczbę stanowią dzieci, które nie wyrażają tego stanu emocjonalnego w formie stukania palcami w blat stolika czy poruszania stopami. Za opcją „Nie” – wypowiedziało się 16 osób, czyli 61,5% badanych, 4 dzieci (15,4%) stwierdziło, że zdarza im się to czasami.

## Fizyczna ruchliwość i relacje z innymi dziećmi

Większość dzieci lubi wyrażać swoje emocje i stosunek do otoczenia w formie słownego zwracania na siebie uwagi lub w formie bezpośredniego, fizycznego zainteresowania danym przedmiotem czy osobą. Powoduje to często chodzenie po sali, skupianie uwagi na interesującym przedmiocie. Dziecko z ADHD często się denerwuje, co bywa spowodowane zachowaniem innych osób, a tym samym może ono zaczepiać dzieci, które ten stan emocjonalny wywołały. Potrzeba akceptacji dziecka niepełnosprawnego przez grupę bywa też wyrażona zwracaniem się do niego w odpowiedni sposób, np. zawsze po imieniu. Tych właśnie zagadnień dotyczyły kolejne rozmowy z badaną grupą dzieci.

**Chodzenie po sali w czasie zajęć.** Zainteresowanie innymi sprawami niż tym, czym aktualnie zajmuje się grupa rówieśnicza, wyrażające się chodzeniem po sali w trakcie zajęć, w grupie badanych dzieci przedstawia tabela 8.

Tabela 8

### Chodzenie po sali w czasie zajęć grupowych

| Chodzenie po sali | Liczba | [%]  |
|-------------------|--------|------|
| Tak               | 12     | 46,1 |
| Nie               | 12     | 46,1 |
| Czasem            | 2      | 7,8  |

Źródło: Badania własne.

Rozkład wypowiedzi na temat chodzenia po sali badanego dziecka w czasie, gdy inne pracują, przedstawia się następująco: taka sama liczba badanych dzieci – po 12 (46,1%) stwierdziła, że chodzi po sali, jeżeli coś je zainteresuje, pomimo że inne dzieci pracują, jak i zaprzeczyła temu zjawisku. Tylko 2 osoby (7,8%) odpowiedziały, że zdarza im się to czasem.

**Zaczepianie dzieci.** Dzieci mają wiele powodów, by zaczepiać rówieśników, i raczej zjawisko to zachodzi jako efekt emocji negatywnych. Tym bardziej można spodziewać się takich zachowań u dzieci z ADHD. Problem zaczepiania pod wpływem złości prezentuje tabela 9.

Dzieci odpowiedziały na pytanie o zaczepianie bardzo szczerze. Połowa – 13 osób (50%) stwierdziła, iż nie zaczepia innych. Spośród pozostałych badanych dzieci 6 (23,1%) stwierdziło zaistnienie takiej sytuacji. 7 osób (26,9%) przyznało, że czasem im się to zdarza – w dwóch przypadkach

Tabela 9

**Zaczepianie dzieci**

| Zaczepianie dzieci | Liczba | [%]  |
|--------------------|--------|------|
| Tak                | 6      | 23,1 |
| Nie                | 13     | 50,0 |
| Czasem             | 7      | 26,9 |

Zródło: Badania własne.

dzieci skomentowały swoją wypowiedź w następujący sposób: „Jeśli ktoś mnie przeżywa, to trudno mi się opanować”.

**Zwracanie się do dziecka po imieniu.** Imię ma dla dziecka bardzo duże znaczenie, gdyż wyraźnie podkreśla, że właśnie TO dziecko jest wymieniane lub przywoływane przez rówieśników bądź opiekunów. Lekceważenie dziecka może wyrażać się przekręcaniem jego imienia lub zwracaniem się do dziecka po nazwisku. Ten problem w badanej grupie obrazuje tabela 10.

Tabela 10

**Zwracanie się do dziecka po imieniu**

| Zwracanie się po imieniu | Liczba | [%]  |
|--------------------------|--------|------|
| Tak                      | 23     | 88,3 |
| Nie                      | 2      | 7,8  |
| Brak odpowiedzi          | 1      | 3,9  |

Zródło: Badania własne.

Badania wykazują, że zdecydowana większość dzieci chce i lubi, aby zwracano się do nich po imieniu. Potwierdziły to 23 osoby, co stanowi 88,3 % ogółu badanych dzieci. Tylko 2 osoby (7,8%) zaprzeczyły temu zjawisku, natomiast 1 dziecko (3,9%) nie udzieliło odpowiedzi.

**Wnioski... oraz co może zrobić nauczyciel, aby poprawić sytuację społeczną dziecka z ADHD w grupie szkolnej.** Uzyskane wyniki badania pozwoliły na sformułowanie następujących wniosków, będących jednocześnie odpowiedzią na przyjęte problemy badawcze i weryfikację założonych hipotez:

- dziecko z zespołem ADHD w młodszym wieku szkolnym lubi przebywać w grupie, bawić się z rówieśnikami; dziecko, które objęte jest specjalistyczną opieką od najmłodszych lat, ma wsparcie i opiekę ze strony najbliższych mu osób, rozumie w miarę dojrzewania, że grupa może stanowić dla niego oparcie, jednakże z uwagi na charakterystyczne symp-

tomy schorzenia, na które cierpi dziecko, należy spodziewać się, że może ono mieć problemy z prawidłową realizacją ról i zadań społecznych; dlatego niewątpliwie praca z takim dzieckiem musi być prowadzona wszechstronnie, gdyż jego niespodziewane zachowania – choć niezależne od jego woli – narażają je często na niewłaściwe reakcje ze strony otoczenia;

- dziecko z ADHD ma bardzo dużą potrzebę akceptacji i poczucia bezpieczeństwa; wyraża to chęcią zwracania się do niego po imieniu i wyraźnie protestuje, złości się, gdy ktoś tego unika czy złośliwie zwraca się do niego po nazwisku; to dziecko, które nie jest właściwie leczone i prowadzone wychowawczo, może mieć duże problemy z przebywaniem w grupie rówieśniczej, co wyrażać się będzie nasilającymi się w trakcie kolejnych etapów nauki szkolnej – reakcjami agresji, zaczepiania i złośliwości wobec innych osób; tylko jak najszybsze wykrycie i zdiagnozowanie ADHD daje możliwość zajęcia się takim dzieckiem przez osoby kompetentne, zapewnienia mu odpowiedniej opieki medycznej, wsparcia wychowawczego i psychologicznego; niewątpliwie najważniejszą rolę mają tu do odegrania rodzice dziecka; ogromne znaczenie należy przypisać właściwym reakcjom rodziców na zachowanie dziecka, nieukrywanie problemu, a przede wszystkim znajomość własnego dziecka, które jest dla rodziców podstawą do kreowania właściwego procesu wychowawczego na każdym etapie wychowania i w każdym wieku dziecka; jedynie ścisła współpraca rodziców ze wszystkimi specjalistami pracującymi z dzieckiem pozwala na zajęcie się nim w najkorzystniejszy sposób, na przygotowanie optymalnego dla danego dziecka z ADHD programu oddziaływania terapeutycznego;
- tak, jak każde dziecko, również to z zespołem ADHD ma swoje ulubione zabawy, jest często inteligentne i zdolne; w wieku szkolnym dziecko potrafi zainteresować się konkretnym przedmiotem nauczania, co potwierdzają wypowiedzi nauczycieli, np. o szczególnym zainteresowaniu matematyką czy językiem obcym; dziecko z ADHD w młodszym wieku szkolnym często nie lubi, jeśli przeszkadza mu się w jego ulubionej zabawie, choć swą złość wyraża raczej sporadycznie;
- wychowawcy/nauczyciele, pedagodzy oraz pracownicy poradni psychologiczno-pedagogicznych, biorący udział w badaniu, mają dobre rozeznanie w sytuacji zdrowotnej i rodzinnej dziecka z ADHD, które znalazło się pod ich opieką; należy podkreślić, że są to osoby bardzo odpowiedzialne za swoją pracę, szukające jak najlepszych rozwiązań problemu ADHD, starające się stosować nowoczesne metody terapii oraz wspierać środowisko rodzinne dziecka.

Literatura przedmiotu i przeprowadzone badania własne potwierdzają, iż dziecko z ADHD może mieć problemy z przystosowaniem się do grupy

rówieśniczej i tym samym z nauką szkolną. Nauczyciel mający w swojej klasie dziecko czy dzieci z omawianym schorzeniem powinien zatem opracować odpowiednie strategie pracy z dzieckiem oraz całym zespołem klasowym w celu poprawienia społecznego zachowania ucznia z ADHD oraz ogólnej sytuacji społecznej w klasie szkolnej. Jest to na przykład praca indywidualna z dziećmi, które tego potrzebują; przy tej okazji cała klasa może skorzystać z bezpośrednich wskazówek i treningu społecznego. Właściwie dobrany program kształcenia umiejętności społecznych może być niezwykle przydatny w budowaniu pozycji dziecka z ADHD w zespole klasowym, w rozwiązaniu problemów związanych z funkcjonowaniem społecznym dziecka czy brakiem akceptacji w grupie rówieśniczej. Uczniowie mogą poznawać konkretne umiejętności społeczne w czasie lekcji, a następnie ćwiczyć je w trakcie gier i zabaw. Należy jednak przy tym pamiętać, że dla dzieci z zespołem ADHD największe wyzwanie stanowi zastosowanie wyuczonych zachowań w sytuacjach z realnego życia. Potrzebują one wiele praktyki i korygujących informacji zwrotnych, zanim będą zdolne do rutynowego stosowania nabytych umiejętności.

## Aneks

### Załącznik 1

#### **Budowanie pozycji dziecka w środowisku placówki**

##### **Strategie pracy z dzieckiem:**

- rozwijanie potrzebnych dziecku umiejętności społecznych, budowanie poczucia własnej wartości;
- pozwalanie dziecku na zachowania, które mogą mu pomóc uspokoić się (np. położenie się na materacyku, przytulenie się do kogoś);
- uczenie odpowiedzialności za własne zachowanie.

##### **Strategie pracy z klasą:**

- pomoc uczniom w zrozumieniu problemu dziecka – wzbudzanie w nich empatii wobec niego;
- dawanie dzieciom możliwości wyrażenia emocji związanych z trudnym zachowaniem dziecka z ADHD;
- postawienie przed zespołem klasowym zadania: Co możemy zrobić, żeby pomóc koledze/koleżance?, a tym samym uczynienie ich odpowiedzialnymi za to, jak będą traktować dziecko nadpobudliwe;
- wprowadzenie w grupie kontraktu lub „tajnego paktu”, będącego aktem przeformułowania norm w klasie, wprowadzenia nowych zasad, np.: „Słabszy za-

sługuje na szacunek”; „W naszej klasie pomagamy sobie nawzajem”; „Każdy w naszej klasie jest ważny”;

- podjęcie współpracy z rodzicami uczniów w celu wspólnego ustalenia sposobu postępowania, pozwalającego na zaakceptowanie dziecka z ADHD w grupie szkolnej i rówieśniczej.

## Załącznik 2

### Ankieta z elementami wywiadu dla dzieci w młodszym wieku szkolnym

Chciałabym chwilę porozmawiać z Tobą o Twojej pracy w szkole i o ulubionych zajęciach oraz zainteresowaniach. Poproszę Cię, abyś powiedział/powiedziała coś o sobie:

1. Czy lubisz przebywać w grupie z innymi dziećmi?

Tak      Nie      Czasem

.....

2. Czy złościsz się, jeśli dzieci nie chcą przebywać w Twoim towarzystwie?

Tak      Nie      Czasem

.....

3. Czy jesteś zły/zła, gdy inne dziecko z grupy jest przywódcą, a nie ty?

Tak      Nie      Czasem

.....

4. Czy sam/sama wymyślasz sobie zajęcia, gdy grupa pracuje, wykonuje zadane prace?

Tak      Nie      Czasem

.....

5. Czy odchodzisz od grupy, gdy nudzi Cię praca?

Tak      Nie      Czasem

.....

6. Czy zdarza Ci się stukać palcami w blat stolika i poruszać stopami, wiercić się, gdy Ci się nudzi lub jesteś zdenerwowany?

Tak      Nie      Czasem

.....

7. Czy lubisz chodzić po sali, gdy coś Cię w danej chwili zainteresuje, chociaż inne dzieci w tym czasie uczą się?

Tak      Nie      Czasem

.....

8. Czy zaczepiasz inne dzieci w klasie, szczególnie jeżeli ktoś Cię zdenerwuje?

Tak                      Nie                      Czasem

9. Czy lubisz, gdy dzieci zwracają się do Ciebie po imieniu?

Tak                      Nie                      Czasem

#### METRYCZKA:

A. Płeć :                      chłopiec – dziewczynka

B. Wiek:                      7 lat 8 lat 9 lat 10 lat, więcej (ile?).....

## Bibliografia

- Filipczuk H., 1985: *Rodzice i dzieci w młodszyim wieku szkolnym*. Warszawa.  
*Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Kraków–Warszawa 1998.
- Nartowska H., 1986: *Wychowanie dziecka nadpobudliwego*. Warszawa.
- Pfiffner L.J., 2004: *Wszystko o ADHD. Kompleksowy, praktyczny przewodnik dla nauczycieli*. Poznań.
- Spionek H., Włodarski M., 1975: *Zaburzenia rozwoju*. W: *Psychologia rozwoju dzieci i młodzieży*. Red. M. Żebrowska. Warszawa.
- Wolańczyk T., Kołakowski A., Skotnicka M., 1999: *Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci. Prawie wszystko co chcielibyście wiedzieć. Książka dla rodziców, nauczycieli i lekarzy*. Lublin.
- Wołoszynowa L., 1975: *Młodszy wiek szkolny*. W: *Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży*. Red. M. Żebrowska. Warszawa.

#### Literatura uzupełniająca

- Barkley R.A., 1998: *Dzieci nadpobudliwe i roztargnione*. „Świat Nauki”, nr 11.
- Czajkowska I., Herda K., 1999: *Zajęcia korekcyjno-kompensacyjne w szkole*. Warszawa.
- Hallowell E.M., Ratey J.J., 2004: *W świecie ADHD. Nadpobudliwość psychoruchowa z zaburzeniami uwagi u dzieci i dorosłych*. Poznań.
- Karasowska A., 2006: *Jak wychować i uczyć dzieci z zaburzeniami zachowania*. Warszawa.
- Mihilewicz S., 2001: *Nadpobudliwość psychoruchowa*. W: *Dziecko z trudnościami w rozwoju*. Red. M. Mihilewicz. Kraków.
- Oszwa U., 2002: *Dzieci z zaburzeniami uwagi*. „Remedium”, nr 4.
- Prekop J., Schweitzer Ch., 1999: *Niespokojne dzieci*. Poznań.
- Spionek H., 1970: *Psychologiczna analiza trudności i niepowodzeń szkolnych*. Warszawa.

- Świącicka M., 2003: *Problemy psychologiczne dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej*. Warszawa.
- Świącicka M., Pisula A., Woźniak M., Wolańczyk T., 2001: *Grupowy trening samokontroli u dzieci z nadpobudliwością psychoruchową. Doświadczenia własne*. „Psychiatria i Psychologia Kliniczna Dzieci i Młodzieży”, nr 1.
- Wielowiejska-Comi I., 2002: *Praktyka w ADHD i ADD*. „Remedium”, nr 4.