

Rozpoznanie zespołu ADHD i rola pedagoga szkolnego w diagnozie wstępnej

Data dodania: 2009-11-13 14:08:22

Coraz częściej zastanawiamy się, czy nie nazbyt łatwo „etykietujemy” naszych uczniów, przypisując ich do kategorii „dotkniętych” różnorodnymi problemami rozwojowymi czy zdrowotnymi, podczas gdy w istocie ich zaburzenia funkcjonowania dotyczą raczej różnorodnych deficytów czy błędów związanych z nieprawidłowym procesem wychowania i socjalizacji w środowisku rodzinnym oraz szkolnym.

Do takich „problematycznych” i ciągle budzących różne emocje (szczególnie w szkole) należy z pewnością rozpoznanie, terapia oraz odpowiednia interwencja pedagogiczno-wychowawcza w przypadkach dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD). W przypadkach zaburzeń pozbawionych objawów nadpobudliwości ruchowej (ADD) do czynienia mamy z innym obrazem klinicznym, a zatem nasze rozważania w artykule ograniczymy specyficznie do ADHD.

Jak to się zaczyna?

Profesjonalne rozpoznanie ADHD we wczesnym dzieciństwie nie jest możliwe. Pierwszej, intuicyjnej i często pochopnej „diagnozy” dokonują rodzice, starsze rodzeństwo, a nawet dziadkowie. Zauważają pewne symptomy w zachowaniu dziecka, które wskazywać mogą na ryzyko wystąpienia ADHD w przyszłości. Informacja o historii tego typu problemów dziecka może być bardzo przydatna na etapie pierwszej, wstępnej oceny ucznia, jaką przeprowadzić musi pedagog czy psycholog szkolny.

Specjaliści wymieniają kilka głównych symptomów, które zwiastują i zwykle poprzedzają rozwój ADHD. Należą do nich: ciągła aktywność, czy raczej „nadaktywność” ruchowa, trudności ze spaniem (np. zasypianiem), problemy z jedzeniem i trawieniem (zwykle niechęć, ataki kolki, a nawet wymioty), obserwowalne przyspieszenie lub opóźnienie rozwoju mowy (co najmniej o kilka miesięcy) i- nieco bardziej subiektywne w ocenie- oznaki niechęci do fizycznego kontaktu z innymi (dziecko nie lubi być przytulane) czy nieumiejętność, a może raczej nieskuteczność uczenia się na błędach.

Uważna analiza podanych objawów wskaże na możliwość występowania podobnych problemów we wczesnym dzieciństwie wielu ludzi, u których nigdy nie rozwinął się ADHD.

Wiele maluchów roznosi energia i ciekawość świata, a jedzenie, spanie, nawet przytulanie (które u zajętego czymś dziecka może być odbierane jako ograniczenie swobody ruchu) nie należą do największych przyjemności z perspektywy malucha. Nabywanie i rozwój mowy zależy z kolei od tylu indywidualnych i społecznych czynników, że problem opóźnienia czy przyspieszenia kształtowania się tej skomplikowanej funkcji, wymagałby osobnej, szczegółowej analizy. Należy więc pamiętać, że- jak w przypadku

każdej diagnozy- postępowanie z rozpoznaniem ADHD trzeba prowadzić ostrożnie, biorąc pod uwagę wszystkie okoliczności potwierdzające lub wykluczające nasze przypuszczenia czy wstępne hipotezy.

Pierwszy, ważny test- szkoła

Szkoła jest pierwszym, ważnym testem na ujawnienie się symptomów zespołu ADHD. Dziecko zaczyna funkcjonować w nieznanym, bardzo skomplikowanym i trudnym środowisku. Musi dostosować się do nowych warunków, oczekiwań i wymagań, odmiennych od tych, jakich doświadczało w domu czy przedszkolu. Szkolny świat nie jest przyjazny czy przyzwalający na popełnianie błędów. Zadania trzeba wykonywać szybko i zgodnie z poleceniami nauczyciela. Każdego dnia, wiele godzin trzeba siedzieć w ławce, z trudem i wbrew odczuwanemu zmęczeniu, wyężdżając uwagę, pamięć i procesy myślowe. Nie można rozmawiać z innymi dziećmi, szczególnie wtedy, kiedy ma się na to największą ochotę. Jeśli dodamy do tego stres związany z hałasem, tłokiem, pośpiechem, zagrażające, a często wręcz agresywne zachowania rówieśników oraz strach, a nawet lęk przed surowością nauczycieli, wyłaniający się obraz „zagubienia” dziecka tłumaczy poczucie przeciążenia i przemęczenia większości uczniów.

Dziecko z zespołem ADHD jest w szczególnie trudnej sytuacji, przede wszystkim ze względu na swoje problemy powodowane specyficznym funkcjonowaniem układu nerwowego oraz związaną z tym odmienną temperamentalną. Nie bez znaczenia są też utrwalone nawyki zachowania (szczególnie te związane z nadpobudliwością ruchową). Powoduje to, że dzieci z ADHD zaczynają nie tylko odczuwać, ale także wyraźnie okazywać swoje trudności w dostosowaniu się do przeróżnych norm życia szkolnego. Nauczyciele, a także rówieśnicy zauważają, że „takie” dziecko nie potrafi spokojnie „wysiedzieć” w ławce i dłużej skupić się na wykonywanej pracy. Zamiast tego wierci się, wstaje, „łazi” po klasie, przeszkadza innym, „gada”, a nawet impulsywnie odreagowuje wewnętrzne napięcie, bywając zaczepne czy wręcz agresywne. Wymienione zachowania „problematyczne” nie stanowią wystarczających przesłanek do postawienia diagnozy o zespole nadpobudliwości, choć- niestety- często bywają w ten właśnie sposób interpretowane.

Wizyta u pedagoga szkolnego

Prędzej czy później (zwykle jednak prędzej!) dziecko z podejrzeniem ADHD kierowane jest do pedagoga szkolnego. Najczęściej proszą o pomoc z troskami rodzice, ale nierzadko interwencji domagają się zmęczeni i bezradni nauczyciele. Zebranie informacji od jednych i drugich jest głównym zadaniem pedagoga, ponieważ diagnoza ADHD wymaga potwierdzenia występowania objawów w co najmniej dwóch środowiskach życia dziecka.

Pedagog szkolny przygotowuje materiał będący podstawą do skierowania na psychologiczne badania specjalistyczne do poradni psychologiczno-pedagogicznej. To od jakości przygotowanych przez pedagoga materiałów, szczególnie dotyczących funkcjonowania dziecka w szkole, w dużej mierze zależy szybkość i trafność dalszego procesu diagnostycznego. Pedagog prowadząc wywiady, obserwacje oraz rozmowy z uczniem, nauczycielami i rodzicami, uwzględnić powinien możliwie precyzyjny opis i ocenę wszystkich sfer funkcjonowania dziecka: fizyczną (ruchową-motoryczną), poznawczą oraz emocjonalno-osobowościową i społeczną.

Objawy motoryczne

U dziecka z ADHD obserwuje się wyraźny, powtarzalny, niemal ciągły „niepokój” motoryczny, innymi słowy – nadruchliwość dotyczącą zarówno „dużych” ruchów całego ciała, jak też „drobnych”, wykonywanych przez ręce, dłonie, nogi, stopy itp. Poprzez tego rodzaju „nadmierną” ruchliwość dziecko dostarcza sobie optymalnej stymulacji, niezbędnej do lepszego samopoczucia. Na lekcjach uczeń ma problemy nie tylko z usiedzeniem w ławce przez okres dłuższy niż kilka minut, ale też symptomatyczne jest to, co robi, kiedy siedzi, w jaki sposób wstaje, i dalej – jak się zachowuje w klasie.

Zwykle dziecko z ADHD porusza się nieustannie; buja krzesłem, macha czy kopie nogami, stuka, wymachuje lub manipuluje rękoma. Dłonie ma zawsze zajęte; dłubie w ławce dziurę (dzieci z ADHD często nieświadomie niszczą w ten sposób różne przedmioty), rysuje lub „bazgroli” w zeszytach, wygina długopisy, gryzie ołówki czy gumkę itp. Kiedy wstaje, to raczej nagle, „podrywając się” z miejsca impulsywnie (jakby nie wytrzymując dłużej bez ruchu), i pozornie „bezcelowo” krąży po klasie czy korytarzu. Poruszanie się dziecka charakteryzuje zwiększona dynamika – często biega, chodzi szybciej niż inne dzieci, nie idzie, a podskakuje, „przymusowo” machając rękoma i jakby zawsze spiesząc się. Ogólne wrażenie wskazuje na zwiększoną szybkość oraz nadmierną częstość zmian w wykonywanych ruchach ciała (co właśnie było jednym z powodów nazwania zespołu – nadpobudliwością ruchową).

Funkcjonowanie poznawcze

Wywiady z nauczycielami oraz obserwacje funkcjonowania dziecka na lekcjach pozwalają pedagogowi na sformułowanie wielu ważnych uwag dotyczących objawów ADHD u ucznia. Podstawowym symptomem jest brak „umiejętności” (raczej możliwości) skupienia uwagi ucznia na danej czynności czy zadaniu. Do czynienia mamy tu z tzw. wzmożonym odruchem orientacyjnym. Dziecko jest jakby nieustannie „rozproszone”, „przerzuca uwagę” z jednego obiektu na drugi, „buja w obłokach”, „myśli o niebieskich migdałach” – jak określają to rodzice czy nauczyciele. Wiąże się z tym obserwowalna „płytkość” myślenia, brak planowania, pochoptność rozumowania czy wyciągania wniosków, „bezmyślne przerzucanie” uwagi z jednej czynności na inną oraz niekończenie rozpoczętych zadań. Z tego powodu uczeń nie potrafi obliczyć końcowego wyniku zadania, napisać dłuższego wypracowania czy skończyć większej pracy plastycznej. Nieco lepiej dzieci z ADHD funkcjonują w sytuacjach, które je emocjonalnie angażują, czyli w tych zadaniach, które są w kręgu ich zainteresowań. Poprawia się wtedy wydolność, wytrwałość i wydajność w wykonywaniu czynności oraz zmniejsza męczliwość, zwykle dotkliwie odczuwana (i przejawiająca się) przy pracach rutynowych i nudnych. Jednak niezależnie od poziomu zaakceptowania danej pracy przez dziecko z ADHD, u większości uczniów dotkniętych tym problemem obserwować można przejawy szeregu trudności na poziomie wizualno-motorycznego wykonania zadań. Dziecko „gubi się” w złożonej strukturze pracy, wymagającej „przeniesienia” czy odwzorowania tego, co widzi, na papier, do zeszytu, co wymaga prawidłowych procesów analizy i syntezy. Właśnie słabe, niestaranne, nieuważne wykonanie prac – poniżej możliwości i poziomu przygotowania dziecka – jest uznawane za jedną z ważniejszych oznak ADHD, a także przyczynę trudności w odnoszeniu sukcesów szkolnych.

Mowa i język

Ważną sferą, często wyraźnie dotkniętą zaburzeniami, jest mowa dziecka. Objawiać się to może chaotycznością wypowiedzi (brak struktury lub nieprawidłowa składnia), ogólnie opóźniony, a w szczególnych przypadkach „przyspieszony” rozwój mowy, wreszcie różnorodne trudności z artykulacją czy wymawianiem poszczególnych dźwięków. Coraz częściej zwraca się uwagę na związki ADHD z różnymi formami jąkania, co pedagodzy, nauczyciele i rodzice przypisują nadmiernemu pośpiechowi zdezorganizowanych myśli dziecka i ponawianym próbom ich wyartykułowania, kończącym się niepowodzeniem. Z naukowego punktu widzenia zagadnienie jest nieco bardziej złożone, ale warto brać je pod uwagę przy całościowym oglądzie, analizie i opisie problemu.

Emocje, relacje społeczne i osobowość

Zaburzone funkcjonowanie motoryczne i poznawcze jest jakby „szczytem góry lodowej”, która ujawnia się zewnętrznym obserwatorom, w tym nauczycielom i pedagogom, mającym w szkole do czynienia z dzieckiem z ADHD. Tymczasem zaburzenia emocjonalne, społeczne i osobowościowe, występujące na nieco „głębszym” poziomie, zwykle niedostępnym bezpośrednim obserwacjom, są jednak nie mniej symptomatyczne i w konsekwencji trudne dla samego dziecka oraz bliskich z jego środowiska społecznego – rodziców, rodzeństwa, kolegów, koleżanek oraz nauczycieli.

Błędne koło

Uczeń z ADHD szybko rozpoznawany (i traktowany) jest jako impulsywny, wybuchowy, nieopanowany, „nadwrażliwy”, niedojrzały, a nawet „dziecinny”, wreszcie często agresywny. Nie wpływa to pozytywnie na jego popularność w grupie, choć wiele dzieci dotkniętych tym zaburzeniem, czasem za wszelką cenę (np. błążując), chce po prostu zwrócić na siebie uwagę otoczenia lub dominować w klasie. Przy braku odpowiednich umiejętności i ograniczonym repertuarze zachowań społecznych (na dodatek postrzeganych jako „nieodpowiednie”), uczeń skazany jest na niepowodzenie w nawiązywaniu i utrzymywaniu kontaktów społecznych, niejednokrotnie odrzucenie, i – co się z tym wiąże – niską samoocenę. Taki mechanizm działa jak błędne koło, wtórnie powodując frustrację, złość, napięcie i kolejne, nieudane, impulsywne próby zdobycia sympatii czy choćby akceptacji. Zwykle nie przynoszą one oczekiwanych rezultatów, a tylko dalsze rozczarowania. Te z kolei wywołują u zdezorientowanego i bezradnego dziecka uczucia smutku, depresji i w końcu problemy z osiągnięciem stanu zrelaksowania się, wypoczynku, a nawet prawidłowego snu. Dziecko niechętnie (zwykle za późno!) kładzie się spać, długo nie może zasnąć (kilka albo kilkanaście razy wstając, chodząc po domu, protestując), a gdy wreszcie uda mu się zasnąć, śpi niespokojnie, śniąc koszmary, przebudzając się w nocy lub wcześniej nad ranem. Trudno się dziwić, że po takim nocnym „wypoczynku” dziecko jest zmęczone, rozstrojone i niezbyt pozytywnie nastawione do nadchodzącego dnia i nowych, trudnych zadań, uprzednio doświadczonych już jako niepowodzenia „na wszystkich frontach”.

Dalsze etapy diagnozy oraz interwencja i pomoc

Jak wspomniałam wcześniej, zadaniem pedagoga jest przygotowanie wstępnego rozpoznania symptomów ADHD, szczególnie tych pojawiających się w szkole. Po uzyskaniu wystarczająco klarownego i spójnego obrazu, pedagog – jeśli to wskazane – kieruje dziecko na dalsze, specjalistyczne badania do poradni psychologiczno-pedagogicznej. Trzeba jednak wiedzieć, że w przypadku ADHD poradnia

nie jest ostatnim „ogniwem” diagnostycznym. Kolejnym etapem jest szczegółowe badanie medyczne (zwykle przez dziecięcego lekarza psychiatrę) i dopiero całość zebranych materiałów pozwala na sformułowanie pełnej diagnozy klinicznej. Lekarz prowadzący decyduje o ewentualnych środkach farmakologicznych włączanych do terapii, jednak absolutnie niezbędne jest wspieranie leczenia również specjalistyczną psychoterapią oraz działaniami pedagogiczno-wychowawczymi, konsekwentnie realizowanymi w domu i szkole. Do najczęściej stosowanych w przypadku dziecka z zaburzeniami ADHD należą terapia behawioralna (której celem jest modyfikacja niepożądanych zachowań dziecka i wypracowanie konstruktywnych), różnorodne elementy terapii mowy (w zależności od problemu), wreszcie szeroko rozumiane terapie zajęciowe (głównie dotyczące motoryki) oraz zajęcia wyrównawcze, pozwalające dziecku lepiej, sprawniej i z sukcesami funkcjonować w szkole.

dr Anna Piekarska*
«Głos Pedagogiczny»

* Psycholog wychowawczy i rozwojowy, adiunkt na Wydziale Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego. Organizatorka Centrum Badań, Edukacji i Profilaktyki Krzywdzenia Dziecka w Nowej Zelandii.

Literka.pl Literka.pl