

Artur Kołakowski

## Psychoterapia ADHD

### Psychotherapy and ADHD

Centrum CBT – Centrum Psychoterapii Poznawczo-Behawioralnej

Correspondence to: Artur Kołakowski, ul. Gdańska 3/22, 01-633 Warszawa, e-mail: akolakowski@wp.pl

Source of financing: Department own sources

### Streszczenie

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej jest jedną z najczęstszych pediatrycznych, neurologicznych i psychiatrycznych przypadłości u dzieci. Większość wytycznych dotyczących postępowania w ADHD sugeruje zastosowanie metod nefarmakologicznych, a dopiero gdy te okażą się nieskuteczne, rozważenie dołączenia leczenia farmakologicznego. Jednak badania pokazują, że w przypadku zarówno skrajnie nasilonego obrazu klinicznego ADHD, jak i towarzyszących zaburzeń zachowania (zaburzenie opozycyjno-buntownicze i poważne zaburzenia zachowania według DSM-IV-TR) leczenie farmakologiczne powinno być włączane równocześnie z innymi metodami terapeutycznymi. W ostatnich dwudziestu latach w leczeniu ADHD stosowano wiele metod nefarmakologicznych: terapię indywidualną, grupową, diety restrykcyjne lub suplementacyjne, EEG *biofeedback*, treningi uwagi, jednak tylko jedna z nich – samodzielnie lub w połączeniu z farmakoterapią – ma potwierdzoną krótkoterminową skuteczność w leczeniu ADHD: behawioralna modyfikacja zachowań. Podobne interwencje powinny być również przeprowadzane w środowisku szkolnym. W chwili obecnej w Polsce – tak jak i w europejskich wytycznych – zaleca się kompleksowe leczenie ADHD, w którym jednym z elementów może być leczenie farmakologiczne. W artykule omówiono kolejne metody, które powinny znaleźć się w takim programie terapeutycznym, poczynając od psychoedukacji pacjenta i rodziny (pacjent oraz rodzice powinni usłyszeć, jaka jest specyfika ADHD, w szczególności uzyskać informacje o trzech osiowych grupach objawów, etiologii, przebiegu, rokowaniu i planowanym leczeniu; wiedza rodziców, opiekunów, członków rodzin i nauczycieli na temat zaburzenia pozwala wdrażać odpowiednie elementy pomocy nadpobudliwemu dziecku, ale także bardzo często zdejmuje z niego „winę za objawy”), edukacji i motywowaniu nastolatka do leczenia, a kończąc na dołączaniu specyficznych rodzajów psychoterapii w zależności od rodzaju dodatkowych problemów pacjenta (np. trening zastępowania agresji, uczenie umiejętności społecznych, terapia poznawczo-behawioralna).

**Słowa kluczowe:** ADHD, leczenie kompleksowe, psychoterapia, behawioralna modyfikacja zachowań, psychoedukacja i poradnictwo

### Summary

The psychomotor hyperactivity is one of the most prevalent paediatric, neurological and psychiatric ailments in children. Most guidelines on treatment of ADHD imply the use of nonpharmacological methods; only when these appear ineffective, pharmacological treatment may be considered. However, studies indicate that in the case of both very severe clinical picture of ADHD and concomitant disruptive behaviour (oppositional-defiant disorder and severe behavioural disorders according to DSM-IV-TR), pharmacological treatment should be included simultaneously with other therapeutic methods. In recent twenty years many nonpharmacological methods have been applied to treat ADHD: individual therapy, group therapy, restrictive or supplementary diets, EEG *biofeedback* and attention trainings, however only one of them – used independently or combined with pharmacotherapy – has a confirmed short-term efficacy in ADHD treatment: behavioural modification of conduct. Similar interventions should also be applied in school environment. Presently in Poland, similarly to European guidelines, a complex treatment of ADHD is recommended, where one of the elements may be pharmacological treatment. The article presents further methods to be contained in such therapeutic programme, ranging from psychoeducation for the patient and her/his family (the patient and parents should be told what the ADHD specificity is like, especially they should

be informed about three axial groups of symptoms, aetiology, course, prognosis and planned treatment; the knowledge of parents, guardians, family members and teachers about the disorder allows to implement appropriate elements of support for the hyperactive child but also very often releases the child from the “guilt for symptoms”), educating and motivating the adolescent for treatment, to specific types of psychotherapy depending on the type of the patient’s additional problems (e.g. aggression replacement training, teaching social skills, or cognitive-behavioural therapy).

**Key words:** ADHD, complex treatment, psychotherapy, behavioural modification of conduct, psychoeducation and counselling

## WPROWADZENIE

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej jest jedną z najczęstszych pediatrycznych, neurologicznych i psychiatrycznych przypadłości u dzieci<sup>(1-4)</sup>. Wydaje się, iż niewiele zaburzeń zostało lepiej zbadanych niż ADHD. Oczywiście trwają dyskusje na temat najlepszego sposobu diagnozowania i leczenia zespołu hiperkinetycznego, z drugiej jednak strony nie ma wątpliwości, że jest to zaburzenie neurobiologiczne o podłożu genetycznym, powodujące znaczne ograniczenia w funkcjonowaniu dotkniętych nim dzieci, nastolatków i dorosłych<sup>(5)</sup>.

Większość wytycznych dotyczących postępowania w ADHD sugeruje zastosowanie metod nefarmakologicznych, a dopiero gdy te okażą się nieskuteczne rozważenie dołączenia leczenia farmakologicznego. Od zasady tej są jednak wyjątki. Jeśli u dziecka występują bardzo nasilone objawy i ma już ono zaburzenia dodatkowe, to wiadomo, że oddziaływania psychoterapeutyczne będą mniej skuteczne niż leczenie farmakologiczne. Badania pokazują, że w przypadku zarówno skrajnie nasilonego obrazu klinicznego ADHD, jak i towarzyszących zaburzeń zachowania (zaburzenie opozycyjno-buntownicze i poważne zaburzenia zachowania według DSM-IV-TR) leczenie farmakologiczne powinno być włączane równocześnie z innymi metodami terapeutycznymi<sup>(1,6-8)</sup>.

Warto zauważyć, że nie wszystkie dzieci, u których jest stawiana diagnoza ADHD, wymagają leczenia farmakologicznego. W badaniu Harela i Browna obejmującym 2800 dzieci tylko 50% badanych z rozpoznaniem ADHD otrzymywało leczenie farmakologiczne, z kolei w badaniu Rolanda obejmującym ponad 6000 dzieci aż 70% pacjentów z rozpoznaniem ADHD przyjmowało leki. Dane europejskie wskazują na jeszcze niższe proporcje – według niektórych badań leczonych jest około 30% dzieci z rozpoznaniem zespołu nadpobudliwości psychoruchowej. Z drugiej strony ostatnie wytyczne Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego zawierają sugestię, że w wypadku niepowikłanego ADHD wystarczające może być skuteczne leczenie farmakologiczne<sup>(1)</sup>.

W ostatnich dwudziestu latach w leczeniu ADHD stosowano wiele metod nefarmakologicznych: terapię indywidualną, grupową, diety restrykcyjne lub suplementacyjne, EEG *biofeedback*, treningi uwagi, jednak tylko jedna z nich – samodzielnie lub w połączeniu z farmakoterapią – ma potwierdzoną krótkoterminową skuteczność w leczeniu ADHD: behawioralna modyfikacja zachowań<sup>(1,6,7,9)</sup>. Jest ona stosowana w leczeniu ADHD od ponad 30 lat<sup>(9)</sup>. Także krajowy konsultant w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży podkreśla skuteczność stosowania metod

behawioralnych – praca z rodzicami w formie treningu rodzicielskiego lub interwencje behawioralne w rodzinie są metodami o udowodnionej skuteczności w leczeniu ADHD oraz opozycyjno-buntowniczych zaburzeń zachowania<sup>(8)</sup>. Podobne interwencje powinny być również przeprowadzane w środowisku szkolnym<sup>(7)</sup>. Podkreśla się, że najbardziej skuteczne programy leczenia powinny obejmować równoległe stosowanie oddziaływań terapeutycznych nakierowanych na:

- pacjenta z ADHD;
- rodziców lub opiekunów;
- środowisko szkolne i nauczycieli<sup>(9)</sup>.

## PORADNICTWO I PSYCHOEDUKACJA

Podstawową metodą leczenia nefarmakologicznego jest poradnictwo i psychoedukacja<sup>(1,6,7)</sup>. Oba postępowania należy wdrożyć niezwłocznie po postawieniu diagnozy, podczas tej samej wizyty. Warto na początku rozmowy zapytać rodziców i dziecko o ich przekonania dotyczące zdrowia, zespołu nadpobudliwości psychoruchowej oraz przyczyn zdiagnozowanego zaburzenia, jak również poglądy na temat leczenia. Następnie pacjent oraz rodzice powinni usłyszeć, jaka jest specyfika ADHD, w szczególności uzyskać informacje o trzech osiowych grupach objawów, etiologii, przebiegu, rokowaniu i planowanym leczeniu. Wiedza rodziców, opiekunów, członków rodzin i nauczycieli na temat zaburzenia pozwala wdrażać odpowiednie elementy pomocy nadpobudliwemu dziecku, ale także bardzo często zdejmuje z niego „winę za objawy”. Wielu rodziców, którzy mają problemy z dzieckiem, często zastanawia się, czy nie popełnili błędów, niektórzy przyjaciele bądź krewni stawiają im nawet taki zarzut. Wysłuchanie diagnozy bywa więc potwierdzeniem najgorszych obaw rodziców – że postąpili w jakimś momencie nagannie lub że są złymi rodzicami, co jedynie pogłębia ich poczucie winy, frustrację i rozpacz. Klinicysta musi w takim wypadku uświadomić rodzicom, że badania niezbicie dowiodły, iż niefortunne zasady i działania rodziców nie są przyczyną ADHD, wręcz przeciwnie – większość najnowszych badań wskazuje na przyczyny biologiczne, włącznie z genetycznymi. Podkreślanie biologicznej natury ADHD pomaga spojrzeć na problemy dziecka z innej perspektywy, przeformułować przekonania na temat przyczyn tego zaburzenia, winy rodziców, ale także winy dziecka<sup>(10)</sup>. Paradoksalnie bardzo często kłopoty z koncentracją, nadrucliwością i nadmierną impulsywnością są przez otoczenie oceniane i interpretowane jako celowe działania dziecka. Tymczasem jego problemy mają podobny charakter co problemy osób z innymi dysfunkcjami – nikt nie ma

przecież pretensji do osoby na wózku inwalidzkim, że nie wjechała nim samodzielnie po stromych schodach, albo do pacjenta z nadciśnieniem, że siłą woli nie potrafi obniżyć poziomu glukozy w surowicy<sup>(1,6,7,11)</sup>.

Oczywiście psychoedukacja po postawieniu diagnozy musi mieć o wiele szerszy zakres. Zgodnie z opublikowanymi w 2010 roku wytycznymi konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży w ramach poradnictwa i psychoedukacji należy udzielić informacji o zespole nadpobudliwości psychoruchowej/zaburzeniu hiperkinetycznym, kładąc szczególny nacisk na objawy, etiologię, przebieg, rokowanie i możliwości leczenia. Psychoedukacja powinna odnosić się do stwierdzanych u pacjenta objawów i wyjaśniać specyficzny dla danego dziecka obraz zaburzenia i wynikające z niego indywidualne potrzeby. Powinna uwzględniać podstawowe strategie radzenia sobie z objawami dziecka – zmniejszenie ilości bodźców rozpraszających w otoczeniu, dopasowanie czasu wykonania pracy do możliwości dziecka, planowanie zadań oraz przewidywanie zagrożeń. Psychoedukacją należy objąć rodziców, opiekunów, system szkolny i samo dziecko<sup>(8)</sup>. Przykładowe wskazówki dotyczące planowania leczenia zawarte w wytycznych brytyjskich NICE przedstawia rys. 1<sup>(7)</sup>.

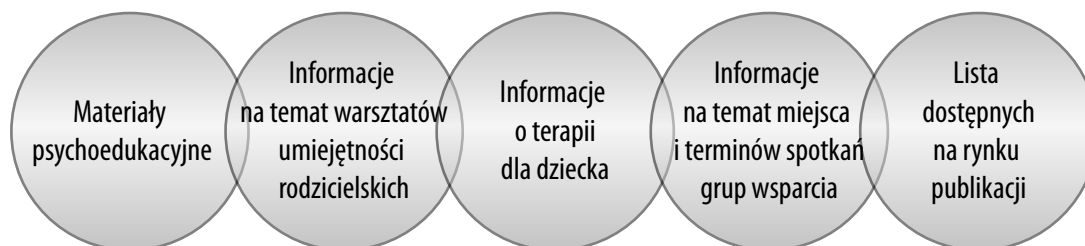
### INTERWENCJE BEHAWIORALNE NA PRZYKŁADZIE WARSZTATÓW DLA RODZICÓW

Warsztaty dla rodziców należą do podstawowych metod stosowanych w leczeniu ADHD – odpowiednie programy terapeutyczne

powstały zarówno w USA, Niemczech, jak i w Polsce<sup>(12,13)</sup>. Typowe programy behawioralne przewidują od 8 do 20 cotygodniowych spotkań dla rodziców<sup>(9)</sup>. Są one oparte na założeniach terapii behawioralnej i uczą dorosłe osoby pracujące z dziećmi skutecznych metod zmniejszania trudności związanych z objawami zaburzeń uwagi, nadruchości i impulsywności oraz metod modyfikacji trudnych lub niepożądanych zachowań. Istnieją różne opinie na temat prowadzenia treningów rodzicielskich, wydaje się jednak, iż powinny one zawierać takie elementy, jak: nauka identyfikacji konkretnej sytuacji problemowej i wiążącego się z nią trudnego zachowania, a także czynników bezpośrednio poprzedzających ich występowanie oraz czynników podtrzymujących (behawioralna analiza zachowania, ABC według Sutton itp.); dostosowanie zakresu i czasu trwania obowiązków dziecka do jego potencjalnych możliwości (tzw. okulary na objawy); zauważanie pozytywnych zachowań dziecka i chwalenie go za nie, praca na pozytywnych wzmocnieniach, nagradzanie pozytywnych zachowań; rygorystyczne przestrzeganie norm, zasad oraz skuteczne wyciąganie konsekwencji<sup>(1,11,14)</sup>.

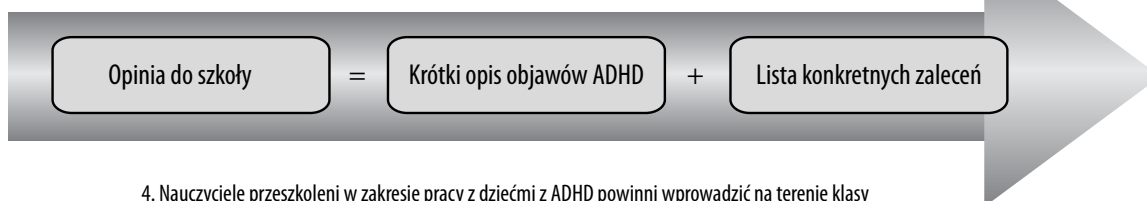
Trzeba podkreślić, że udział rodziców w tym treningu nie sprawi, że objawy ADHD znikną. Jego wartość polega raczej na nauczaniu opiekunów, jak mogą sobie radzić z objawami zespołu nadpobudliwości psychoruchowej oraz przejawami niepożądanych zachowań w oparciu o techniki behawioralnej modyfikacji zachowań<sup>(15)</sup>. Warto też zauważyć, że pacjenci leczeni lekami psychostymulującymi często przyjmują lek jedynie w dni nauki szkolnej, co *de facto* oznacza, że w weekendy, ferie, jak również rano i wieczorem dzieci są pozbawione efektu przyjmowanych leków<sup>(15)</sup>. Kolejnym argumentem jest współwystępowanie innych

1. Pierwszym elementem leczenia jest przekazanie pacjentowi i jego rodzinie materiałów psychoedukacyjnych, informacji na temat warsztatów umiejętności rodzicielskich, zajęć terapeutycznych dla dzieci, nastolatków, miejsc i terminów spotkań grup wsparcia oraz listy dostępnych na rynku publikacji.



2. Unikanie barwników i konserwantów nie jest zalecane w leczeniu ADHD, podobnie jak stosowanie suplementów kwasów tłuszczowych.

3. Konieczny jest kontakt z nauczycielem – wyjaśnienie diagnozy, omówienie nasilenia objawów i ich wpływu na pogorszenie funkcjonowania pacjenta w szkole, a także zaproponowanie planu opieki oraz zmian związanych ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi pacjenta.



4. Nauczyciele przeszkoleni w zakresie pracy z dziećmi z ADHD powinni wprowadzić na terenie klasy odpowiednie interwencje behawioralne.

zaburzeń<sup>(1-3,6,7)</sup>. U dzieci z ADHD często wykrywa się zaburzenie opozycyjno-buntownicze, agresję, zaburzenia zachowania i inne problemy eksternalizacyjne. Ponieważ wtórne objawy nie mogą być w pełni leczone farmakologicznie, konieczne jest rozważenie terapii alternatywnych. Także tutaj programy behawioralnej modyfikacji zachowania okazały się skuteczne<sup>(8,15)</sup>. Przykładowe usytuowanie warsztatów dla rodziców i terapii dla dziecka według wytycznych NICE przedstawia rys. 2.

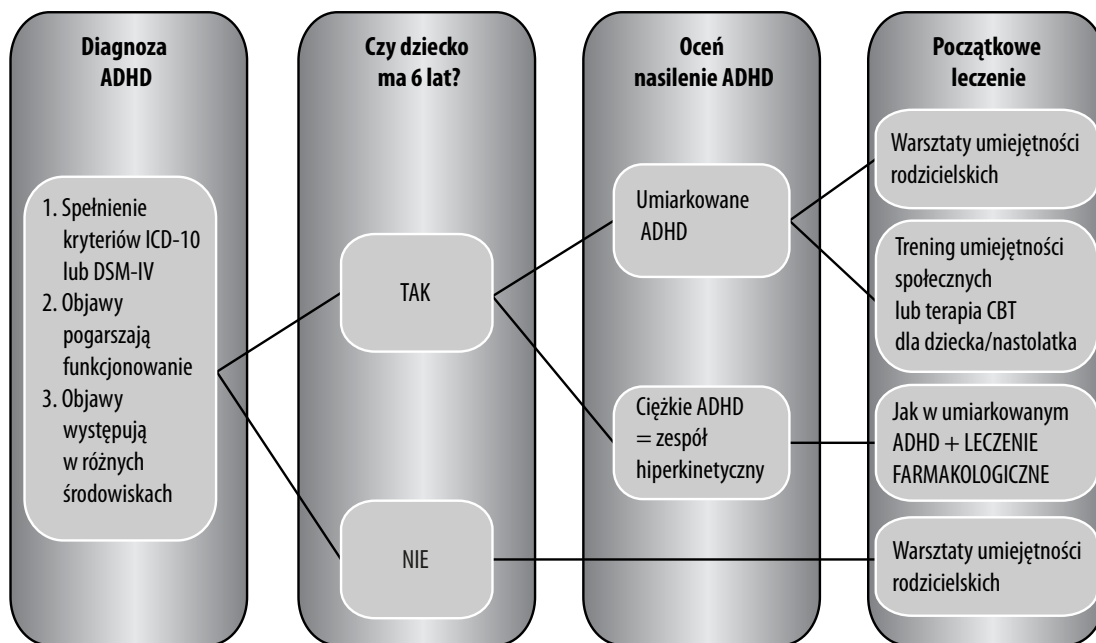
Cel warsztatów dla rodziców jest wieloaspektowy – w ich trakcie pracujemy nie tylko nad zmianą zachowań dziecka, ale przede wszystkim nad zmianą postaw rodziców oraz innych członków rodziny<sup>(15)</sup>. Bardzo realnym celem jest uzyskanie przez rodziców większej kontroli nad objawami ADHD i niepożądanymi zachowaniami w domu. Jeśli przykładowo objawy zaburzenia opozycyjno-buntowniczego zostaną poddane lepszej kontroli, dziecko ma szansę doznać mniejszej ilości niepowodzeń, frustracji i krytyki, co może dać mu więcej wiary we własne możliwości i poprawić rokowanie. Także rodzice dzięki uczestnictwu w warsztatach dużo uczą się o ADHD i często zmieniają swoje błędne przekonania na temat dzieci i samych siebie<sup>(10,15)</sup>. Poznają także szczególne zasady kontroli zachowania, umożliwiające im dostosowanie metod wychowawczych do szczególnych potrzeb ich dziecka.

### PSYCHOEDUKACJA DZIECKA I NASTOLATKA

W opinii konsultanta krajowego w przypadku dzieci i – przede wszystkim – nastolatków ważne jest także poinformowanie o diagnozie, wiążących się z nią objawach, uczenie obserwacji swoich zachowań i sposobów radzenia sobie<sup>(8)</sup>. Podobne zalecenia zawierają wytyczne brytyjskie NICE<sup>(7)</sup>. Przykładowo techniki poznawcze w terapii ADHD mogą być również wykorzystywane do zmniejszenia przeżywanego przez dzieci z ADHD lęku przed

leczeniem farmakologicznym<sup>(10,16)</sup>. Klinicysta może odwołać się do wyobrażeń związanych z doświadczeniem życiowym dziecka: „Przypuśćmy, że masz się ścigać z kolegą, ale doczepiono ci do nóg ciężkie odważniki. Kto by wtedy wygrał wyścig?”. Dziecko zazwyczaj przyznaje, że w takiej sytuacji pewnie wygrałby kolega, i klinicysta może wykorzystać tę odpowiedź do rozbudowania metafory: „Utrudnienie związane z obciążeniem nóg można porównać z ADHD – zarówno jedno, jak i drugie nie pozwala ci robić tego, co potrafisz. Co by się stało, gdyby ktoś zdjął ci z nóg ciężarki?”. Następnym etapem może być uzasadnienie terapii za pomocą leków: „Właśnie dlatego dajemy dzieciom specjalne leki. To pomoże ci zdjąć trochę »ciężarków« – będziesz mógł robić wszystko to, co chciałyś”<sup>(10)</sup>. Barkley odwołuje się do metafory dotyczącej leczenia farmakologicznego, porównując podawanie leków do wlewania płynu hamulcowego do dobrego szybkiego samochodu. Bez tej czynności nie będzie można wykorzystać jego możliwości<sup>(16)</sup>. Taki typ obrazowania pomaga dziecku dostrzec korzyści wynikające z przyjmowania leków oraz wzmacnia przeświadczenie, że wszelka poprawa wynika po części ze sprawczości samego dziecka. Ta kwestia jest szczególnie istotna, należy bowiem unikać sytuacji, w której dziecko przypisuje swoje trudności temu, że nie bierze leku, a z drugiej strony w każdym swoim sukcesie dopatruje się owego działania leku<sup>(10,16)</sup>.

Barkley wskazuje na konieczność pracy psychoedukacyjnej i poznawczej przed włączeniem leczenia farmakologicznego – zwłaszcza u nastolatków z ADHD<sup>(16)</sup>. Według niego błędem, jaki popełniają terapeuci, jest zbyt wczesne wprowadzanie farmakoterapii. Najpierw należy przekonać się, że nastolatek rozumie cel i akceptuje leczenie. W przeciwnym razie możemy spodziewać się przedwczesnego odstawienia leków i utraty zaufania ze strony nastolatka, który zaczyna postrzegać doktora nie jako sprzymierzeńca, lecz osobę próbującą usatysfakcjonować jego rodzi-



Rys. 2. Usytuowanie treningów behawioralnych (np. warsztatów dla rodziców) według wytycznych NICE<sup>(7)</sup>

ców. Profesjonalista powinien pomóc nastolatki znaleźć cel, który zachęci go do brania leków, poświęcić czas na wysłuchanie jego obaw dotyczących leczenia, stworzyć przyjazną atmosferę do przekazania istotnych informacji, a następnie pozwolić mu rozważyć wszystkie za i przeciw. Jeśli mimo tych zabiegów nastolatek jest przeciwny przyjmowaniu leków, należy podjąć inne działania. Podawanie młodemu człowiekowi farmaceutyków bez jego wiedzy jest nie tylko nieefektywne, ale także nieetyczne. Można spróbować zawrzeć z pacjentem kontrakt: jeżeli oceny w szkole się poprawią, temat leków więcej nie zostanie poruszony, jeśli jednak interwencje pozafarmakologiczne nie przyniosą efektów, nastolatek ponownie przemyśli sprawę ich przyjmowania. Fragment rozmowy klinicysty i nastolatka z ADHD na podstawie cytowanej wcześniej pracy Barkleya zamieszczono obok.

### PSYCHOTERAPIA DZIECKA LUB NASTOLATKA Z ADHD

Według wytycznych konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży skuteczność podejść opartych na terapii indywidualnej dziecka jest ograniczona w odniesieniu do podstawowych deficytów, z drugiej strony terapia indywidualna dziecka może być nieodzowna w przypadku współistniejących problemów, takich jak deficyty umiejętności społecznych czy niska samoocena. Terapia indywidualna nie powinna być jednak prowadzona w sposób izolowany, bez uwzględnienia interwencji ukierunkowanych na rodzinę<sup>(8)</sup>. Z tego względu na przykład autorzy wytycznych NICE podkreślają, że powinniśmy zaproponować dziecku lub nastolatki (najlepiej równoległe do warsztatów dla rodziców) udział w programie terapeutycznym w oparciu o terapię poznawczo-behawioralną lub trening umiejętności społecznych. W przypadku starszych nastolatków wskazany jest ich udział w indywidualnej terapii poznawczo-behawioralnej lub w treningu umiejętności społecznych<sup>(7)</sup>.

Udowodniona została skuteczność wakacyjnych programów terapeutycznych obejmujących trening umiejętności społecznych i radzenia sobie w różnych sytuacjach<sup>(8)</sup>. W Polsce takie obozy odbywają się na przykład w ośrodku elbląskim<sup>(17,18)</sup>. W czasie obozów pracuje się między innymi nad modelowaniem i uczeniem pozytywnych kontaktów społecznych, dostrzeganiem pozytywów oraz radzeniem sobie ze złością. Program terapeutyczny obozów oparto na technikach terapii behawioralnej, między innymi na treningu zastępowania agresji<sup>(19)</sup>. Dzieci z ADHD potrzebują jasnych zasad, możliwości zdobywania pozytywnych wzmocnień oraz świadomości, że złamanie zasad wiąże się z ponoszeniem konsekwencji, dlatego zasady pracy z dziećmi oparte były także na behawioralnym systemie modyfikacji zachowań<sup>(11,20)</sup>.

### INTERWENCJE BEHAWIORALNE NA TERENIE SZKOŁY

Dziecko z rozpoznaniem ADHD ma specyficzne potrzeby edukacyjne i wymaga dostosowania metod nauczania do swoich możliwości. Wydaje się, iż przekazanie, za zgodą rodziców i ich pośrednictwem, opinii do szkoły zawierającej rozpoznanie oraz

konkretne (behawioralne) wskazówki dotyczące pracy z dzieckiem na terenie klasy i szkoły stanowi niezbędny element terapii każdego pacjenta z ADHD<sup>(7,8)</sup>. Ponieważ dziecko z ADHD nie może mieć obniżonej oceny przedmiotowej ani oceny ze sprawowania za objawy nadruchliwości, nadmiernej impulsywności i zaburzeń uwagi (zasada niekarania za objawy), nauczyciel musi umieć odróżniać zachowania wynikające z objawów od innych trudnych zachowań. Wśród metod pracy z dzieckiem z ADHD w klasie lub w szkole powinny znaleźć się takie, które przy niewielkim nakładzie sił mogą radykalnie zmienić funkcjonowanie dziecka w środowisku szkolnym. Istotne są między innymi:

Klinicysta: Jak rozumiem, w szkole nie jest dobrze. Opowiedz mi o tym.

Pacjent: Tak. Dostaję kiepskie oceny. Nauczyciele ciągle marudzą i nie dają żyć.

K: Jakie chciałbyś otrzymywać oceny?

P: Piątki, czwórki.

K: Z tego, co mówisz, wynika, że skupienie się na pracy w szkole i w domu było ostatnio dość trudne, prawda?

P: Fakt. Szkoła jest nudna. Nie mogę się zmusić do nauki, nawet jeśli chcę. I cały ten hałas w klasie wkurza mnie.

K: To wszystko wynika z ADHD, jak mówiliśmy wcześniej. Twoje ciało nie pozwala ci się skupić na różnych rzeczach, nie ma w tym twojej winy. Mam pomysł na eksperyment. Obaj nosimy okulary. Co się stanie, gdy je zdejmiesz?

P: Wszystko jest jak za mgłą.

K: Właśnie. Potrzebujemy okularów, aby widzieć wyraźnie. Nie wybieraliśmy, czy chcemy nosić okulary, czy nie. To jest po prostu nasza cecha i tyle, prawda?

P: Tak sądzę.

K: Z ADHD jest podobnie. Nie chciałeś mieć problemów z koncentracją i impulsywnością. Takie jest twoje ciało. Nie mam okularów na koncentrację, ale mam lekarstwo, które działa tak samo na koncentrację, jak okulary na wzrok.

P: Co ma pan na myśli? Nie będę brał żadnych genialnych pigułek. Tylko niedorozwinięci ich potrzebują.

K: Czy uważasz, że sugeruję ci lekarstwa, bo uważam, że jesteś niedorozwinięty?

P: Wszyscy się śmieją z tych, którzy biorą pigułki w czasie drugiego śniadania.

K: Tomku, jesteś bardzo mądry. Czy pamiętasz, jak tłumaczyłem ci, jak wysokie IQ masz? Na teście IQ, który przed chwilą wypełniłeś, zdobyłeś 115 punktów, czyli powyżej przeciętnej. Możesz uważać się za głupka, jednak jesteś mądry. ADHD nie ma nic wspólnego z inteligencją.

P: Jeżeli jestem taki mądry, to czemu robię głupie rzeczy, takie jak na przykład pomalowanie drzwi od garażu sprayem?

K: Dobre pytanie. Twój mózg jest jak ekskluzywny samochód sportowy, który nie ma płynu hamulcowego. Każdemu zdarza się mieć zwirowane pomysły. Ludzie bez ADHD wciskają hamulec i to działa – nie robią głupot. Ludzie z ADHD wciskają hamulec, ale nic się nie dzieje. Jadą dalej i nie ma to nic wspólnego z ich inteligencją. Masz wysokie IQ, tak jak sportowy samochód ma wspaniały silnik. Ale bez płynu hamulcowego samochód się nie zatrzyma bez względu na klasę silnika.

Porozmawiajmy o twoich obawach przed pójściem do pielęgniarki po pigułki i przed naigrywaniem się kolegów. Zaczniemy od tego, że nie każdy, kto ma ADHD, musi brać leki. Będziesz brał tabletki, kiedy zrozumiesz dokładnie, jak działają, i zgodzisz się na to. Załóżmy, że się zgodzisz. W tej chwili mamy takie tabletki, które bierze się rano, a one działają cały dzień. Musiałbyś sam powiedzieć kolegom, że bierzesz leki, inaczej nie będą mieli okazji się o tym dowiedzieć.

*Psychoedukacja pacjenta z ADHD na temat leczenia i konieczności przyjmowania leków (za: Barkley<sup>(16)</sup>)*

Karta zachowania \_\_\_\_\_ w klasie \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Pożądane zachowanie	Lekcja 1	Lekcja 2	Lekcja 3	Lekcja 4	Lekcja 5	Lekcja 6
Odrobiona praca domowa						
Punktualne przychodzenie (przed nauczycielem)						
Aktywność na lekcji (zapisanie tematu, pracy domowej, notatki)						
Praca w ciszy (maksymalnie dwie uwagi nauczyciela)						
Wykonywanie poleceń nauczyciela (najpóźniej po 1 przypomnieniu)						
Podpis nauczyciela						

Miejsce na ważne informacje i pochwały

Rys. 3. Dzienna karta oceny funkcjonowania dziecka w szkole (child's daily report card, DRC)<sup>(21)</sup>

1. Właściwe usadzenie dziecka – blisko nauczyciela, najlepiej w pierwszej ławce, ze spokojnym uczniem, lecz nie z najlepszym przyjacielem, z dala od rozpraszających elementów – okna, akwarium, kolorowej tablicy, drzwi.
2. Wygląd miejsca pracy dziecka z ADHD – na ławce powinny znajdować się tylko potrzebne przedmioty. Im więcej ich tam będzie, tym dziecko z ADHD łatwiej się rozproszy – zaleca się, by na ławce pozostały jedynie zeszyt, podręcznik i długopis. W razie potrzeby można postawić teczkę ucznia z dala od ławki.
3. Indywidualne powtarzanie poleceń.
4. Monitorowanie pracy dziecka, dzielenie jego pracy na etapy, wprowadzanie przerw – także w czasie prac klasowych i egzaminów.
5. Ignorowanie objawów, które nie powodują przerwania pracy przez resztę klasy (np. niewielkiego niepokoju ruchowego w obrębie miejsca siedzenia).
6. Zapewnienie „złotego standardu” zakończenia lekcji – dziecko wychodzi z klasy z kompletną notatką (ew. skróconą, jeśli nie jest w stanie jej napisać), wyraźnie zapisaną pracą domową zarówno ustną, jak i pisemną (jeśli nic nie jest zadane, zapisana informacja brzmi: „nic nie jest zadane”),

informacjami, co trzeba przynieść następnego dnia do szkoły oraz kiedy jest sprawdzian pisemny lub planowe pytanie ustne<sup>(20)</sup>.

Do technik stosowanych w pracy z dzieckiem w szkole należy dzienna karta oceny funkcjonowania dziecka. Dzięki niej nauczyciel pracuje z uczniem i monitoruje nabywanie przez niego nowych umiejętności – na przykład zapisywania notatek z lekcji, zapisywania pracy domowej, wykonywania poleceń nauczyciela<sup>(9)</sup>. Przykład takiej karty zawiera rys. 3.

#### PIŚMIENNICTWO:

##### BIBLIOGRAPHY:

1. Pliszka S.; AACAP Work Group on Quality Issues: Practice parameter of the assesment and treatment of children and adolescents with ADHD. J. Am. Child. Adolesc. Psychiatry 2007; 46: 894-921.
2. Biederman J., Steingard R.: Attention-deficit hyperactivity disorder in adolescent. Psychiatric Annals 1989; 19: 587-596.
3. Steinhausen H.Ch.: Hyperkinetische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Koln 1995.

4. Taylor E., Chadwick O., Heptinstall E., Danckaerts M.: Hyperactivity and conduct problems as risk factors for adolescent development. *J. Am. Child. Adolesc. Psychiatry* 1996; 35: 1213-1226.
5. Goldman L.S., Genel M., Bezman R.J., Slanetz P.J.: Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. Council and Scientific Affairs, American Medical Association. *JAMA* 1998; 279: 1100-1107.
6. MTA Cooperative Group: National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: changes in effectiveness and growth after the end of treatment. *Pediatrics* 2004; 113: 762-769.
7. Wytyczne NICE – [www.nice.org.uk/CG072quickrefguide](http://www.nice.org.uk/CG072quickrefguide).
8. Stanowisko konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży oraz konsultanta wojewódzkiego (województwo mazowieckie) dotyczące kompleksowego (obejmującego psychoterapię) leczenia zespołu nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD) i zespołu hiperkinetycznego. *Psychiatria i Psychoterapia Kliniczna* 2010; 10: 59-60.
9. Pelham W.E., Waschbusch D.A.: Behavioral Intervention in ADHD. W: Quay H.C., Hogan A.E. (red.): *Handbook of disruptive disorders*. Kluwer Academic, New York 1999.
10. Anastopoulos A.D., Temple E.P., Shaffer S.D.: Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami uwagi. W: Clark D.A., Reinecke M.A. (red.): *Psychoterapia poznawcza w teorii i praktyce*. GWP, Gdańsk 2005.
11. Kołakowski A., Wolańczyk T., Pisula A. i wsp.: ADHD – zespół nadpobudliwości psychoruchowej. Przewodnik dla rodziców i wychowawców. GWP, Gdańsk 2007.
12. Barkley R.A., Edwards G.H., Robin A.L.: *Defiant teens*. Guilford Press, New York 1999.
13. Döpfner M., Schürmann S., Frölich J.: *Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten THOP: Materialien für die klinische Praxis (Gebundene Ausgabe)*. Verlag: Beltz Psychologie Verlags Union, 2007.
14. Taylor E., Döpfner M., Sergeant J. i wsp.: European clinical guidelines for hiperkinetic disorder – first upgrade. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 2004; 13 (supl. 1): 17-30.
15. Anastopoulos A.D., Farley S.E.: Program treningu poznawczo-behawioralnego dla rodziców dzieci z zespołem nadpobudliwości ruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi. W: Kazdin A.E., Weisz J.R. (red.): *Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach*. WUJ, Kraków 2006.
16. Barkley R.A.: *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. Guilford Press, New York 1998.
17. [www.adehadowo.pl](http://www.adehadowo.pl).
18. Czyżewski L., Bernaszuk B., Tkaczyk M., Kołakowski A., Wasiński D.: The Polish program of therapeutic camps for children of ADHD. *ADHD, Attention Deficit Hyperactivity Disorder* 2009; 1: 146.
19. Goldstein A.P., Glick B., Gibbs J.C.: *ART – Program Zastępowania Agresji*. Instytut „Amity”, Warszawa 2004.
20. Kołakowski A., Pisula A., Skotnicka M., Wolańczyk T.: *Dziecko nadpobudliwe w szkole. Objawy, systemy pomocy*. Centrum CBT, Warszawa 2005.
21. Kołakowski A., Pisula A.: *Przyjazna terapia behawioralna*. GWP, Sopot 2010 (w druku).