

Towarzystwo Przyjaciół Dzieci istnieje w Polsce od 1919 roku. Na Pomorzu Zachodnim TPD działa od 23.09.1945. Misją Towarzystwa Przyjaciół Dzieci jest wszechstronny rozwój dzieci, wyrównywanie ich szans i uczenie samodzielności, by stały się dobrze przygotowane do życia w rodzinie i społeczeństwie. sprawiedliwe i równe ich traktowanie, tolerancja, szacunek dla drugiego człowieka, integracja i solidarność i wzajemna pomoc, to zasady, które przyświecają naszym działaniom. Od ponad 95 lat TPD budząc społeczną wrażliwość na krzywdy, zagrożenia i potrzeby dzieci stoi na straży ich praw. To dzięki zaangażowaniu ludzi, dla których los dzieci jest wartością nadrzędną możemy realizować działania w placówkach opiekuńczych, szkolno-wychowawczych, edukacyjnych, ośrodkach pomocy rodzinom, kołach wsparcia dla rodzin, placówkach specjalistycznych wsparcia dla dzieci z chorobami przewlekłymi.

Jednym z takich miejsc jest Specjalistyczna Placówka Wsparcia Dziennego dla Dzieci i Młodzieży z ADHD TPD ZOR w Szczecinie, która powstała na podłożu działań Koła Pomocy Dzieciom z ADHD TPD w Szczecinie, zawiązanego w strukturach TPD w 2004 r. W odpowiedzi na potrzeby naszych podopiecznych tworzymy dla nich warunki do edukacji, terapii oraz różne formy wsparcia w ramach realizowanych projektów tematycznych. Troska o dziecko, to nie tylko praca z nim samym, ale zaangażowanie się w proces wychowawczy dorosłych kształtujących młodego człowieka. Wysłuchanie się w potrzeby i pragnienia dziecka, to właściwe odczytanie jego zachowania. Łatwo jest ocenić powierzchowne zachowanie dziecka, lecz sztuką jest dopatrzenie się, co tkwi w podłożu, zrozumienie i podanie mu przyjaznej ręki.

Projekt „ADHD - wyzwanie społeczne czy negacja?” w swej istocie zakłada zbudowanie świadomości społecznej, zaangażowania osób i instytucji, które są odpowiedzialne za proces wychowawczy dziecka i stworzenia drogi porozumienia między nimi w kierunku wsparcia rodziny z dzieckiem z ADHD. Zwiększenie wiedzy o chorobie, z którą zmagają się zarówno dzieci, jak i dorośli otwiera nowe możliwości niesienia pomocy rodzinom. Wierzę, że praca osób biorących udział w projekcie i jego rezultaty staną się początkiem korzystnych zmian w obszarze edukacji, zdrowia i polityki społecznej. Owocem zmian będą osiągnięcia dzieci, którym dano szansę na wykorzystanie ich potencjału i nie dopuszczenie do marginalizacji rodzin o zwiększonych potrzebach wsparcia wychowawczego.

Hasło „Wszystkie dzieci są nasze”, to nie tylko slogan przyświecający działaniom TPD, to drogowskaz do traktowania naszych podopiecznych z szacunkiem, zrozumieniem i akceptacją.

mgr Zygmunt Pyszkowski
Prezes Zachodniopomorskiego Oddziału
Regionalnego Towarzystwa Przyjaciół Dzieci w Szczecinie

O PROJEKCIE

Program **OBYWATELE DLA DEMOKRACJI** jest współ finansowany ze środków **Mechanizmu Finansowego Obszaru Gospodarczego** (czyli tzw. Funduszy EOG) i wdrażany jest przez **Fundację im. Stefana Batorego** w partnerstwie z **Polską Fundacją Dzieci i Młodzieży**, która zajmuje się projektami dotyczącymi dzieci i młodzieży oraz ze środków **Miasta Szczecin**.

Fundusze EOG są formą bezwrotnej pomocy udzielanej przez Norwegię, Islandię i Lichtenstein, których celem jest:

- Zmniejszenie różnic ekonomicznych i społecznych w państwach EOG;
- Rozwój współpracy pomiędzy Polską a krajami-darczyńcami.

Tytuł projektu:

„ADHD – wyzwanie społeczne czy negacja?”

Okres realizacji projektu:

01 X 2014 r. do 30 IV 2016 r.

Wykonawca projektu:

Towarzystwo Przyjaciół Dzieci Zachodniopomorskiego Oddziału Regionalnego w Szczecinie.

Obszar tematyczny projektu:

Przeciwdziałanie wykluczeniu-zwiększanie zakresu i form wsparcia dla grup narażonych na ryzyko wykluczenia społecznego oraz włączanie tych grup w procesy decyzyjne;

Odbiorcy projektu

- 1 GRUPA – dzieci i młodzież z ADHD;
- 2 GRUPA – rodzice dzieci z ADHD;
- 3 GRUPA – nauczyciele;
- 4 GRUPA-policjanci, kuratorzy sądowi, asystenci rodzinni.
- 5 GRUPA-przedstawiciele Organizacji Pozarządowych i Wolnych Inicjatyw (OPiWI) działających na rzecz dzieci z ADHD.

Meritum projektu:

- **Uruchomienie** dialogu społecznego środowisk;
- **Przeciwdziałanie** permanentnemu wykluczaniu osób z ADHD;
- **Wzrost** wiedzy i kompetencji;
- **Powstanie** sieci stałej współpracy;
- **Rekomendacje** do zmian systemowych;
- **Wzmocnienie** koalicji pn. „Ogólnopolskie Porozumienie Organizacji i Wolnych Inicjatyw działających na rzecz osób z ADHD”.

Wypracowane rezultaty:

- **Wypracowano sieć współpracy** pomiędzy lokalnymi instytucjami (szkoła, policja, sąd, placówka wsparcia dla dzieci i młodzieży z ADHD, itp.);
- **Uruchomiono dyżurny telefon** interwencyjny;
- **Nastąpił wzrost wiedzy i kompetencji** pracowników służb publicznych i rodziców dzieci z ADHD poprzez udział w szkoleniach i warsztatach;
- **Udzielono wsparcia dla dzieci** z ADHD w ramach warsztatów;
- **Dzieci biorące udział w projekcie poprawiły wyniki** w nauce;
- **Wypracowano metody** i narzędzi do pracy z dzieckiem z ADHD;
- **Powstał multimodalny** model wsparcia poprzez nawiązanie relacji między instytucjami;
- **Wyremontowano i wyposażono sale szkoleniowe** w krzesła, stoły, materace, sprzęt multimedialny;
- **Wydano poradnik** dla rodziców i nauczycieli dot. Postępowania z dzieckiem z ADHD;
- **Wzmocniono relacje** pomiędzy Organizacjami Pozarządowymi i Wolnymi Inicjatywami działającymi na rzecz dzieci i młodzieży z ADHD;
- **Zorganizowano** Ogólnopolski Kongres ADHD;

Dane liczbowe

W szkoleniach warsztatach i spotkaniach projektowych udział wzięto:

- 24 pracowników służb publicznych (policjanci, kuratorzy sądowi, asystenci rodzin);
- 24 nauczycieli szkół podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych;
- 20 rodziców dzieci z ADHD;
- 20 dzieci i młodzieży z ADHD;
- 17 organizacji pozarządowych i wolnych inicjatyw;
- 15 specjalistów przeprowadziło w projekcie szkolenia, warsztaty i prelekcje;
- 705 rozmów telefonicznych przeprowadził specjalista przez uruchomiony telefon interwencyjny *)
- 126 osób umówiło się przez telefon interwencyjny na indywidualne konsultacje metodyczno-wychowawcze w placówce *) *) (w okresie X 2014 do II 2016);

REKOMENDACJE

do zmian legislacyjnych wypracowane przez dorosłych uczestników Projektu.

Na podstawie propozycji zmian, jakie zostały przedstawione przez rodziców biorących udział w projekcie uczestnicy Zjazdów OPIWI wypracowali trzy obszary, w których ich zdaniem powinny nastąpić zmiany legislacyjne. Pomysłów było wiele, jednak wybrane zostały obszary: zdrowia, polityki społecznej i oświaty. Oto najpilniejsze propozycje, które po wprowadzeniu spowodują znaczną poprawę życia i funkcjonowania dzieci i młodzieży z ADHD oraz ich rodzin. Wczesne diagnozowanie pozwoli na szybkie objęcie opieką rodziny, w której znalazło się dziecko z ADHD. Wpłyne to na wzrost świadomości rodzin i skuteczne wspieranie dzieci w okresie edukacji. Nauczyciele, którzy będą poinformowani z jakimi objawami zmagają się uczeń, będą mogli zastosować odpowiednie metody nauczania oraz zastosować należne zdiagnozowanemu dziecku formy wsparcia, wyraźnie zapisane w przepisach oświatowych. Refundacja farmakoterapii przynajmniej do ukończenia edukacji nie pozbawi młodego człowieka „protezy” w tak ważnym okresie edukacji, jakim jest choćby okres przygotowywania się do matury czy podjęcie edukacji na studiach wyższych. Obecnie refundacja leków kończy się po skończeniu 18 r.ż. niejednokrotnie podczas nadal trwającego procesu edukacji. W rozważaniach co zmieni się po uwzględnieniu rekomendacji projektowych uważamy, że wprowadzenie proponowanych zmian wpłynie na rozwój naukowo-zawodowy, na wzrost sukcesów zawodowych. Wzrosną wpływy do budżetu państwa (mniej zasiłków, mniej kosztów powikłań chorobowych), zmniejszenie kosztów niedostosowania społecznego, zmniejszenie konfliktów z prawem. Poprawi się funkcjonowanie dziecka a następnie dorosłego z ADHD w społeczeństwie. Zapobiegnie się w wielu przypadkach powikłaniom nieleczzonego ADHD. Rodziny otrzymają wsparcie. Poprzez łagodzenie objawów choroby – zwiększy się potencjał człowieka. Ulegnie zmianie świadomość społeczna – lek na konkretną chorobę a nie na „modę”. Wierzymy, że nastąpi wzrost motywacji do pracy i samooceny dzieci/młodzieży/dorosłych. Poprzez dofinansowanie zajęć rewalidacyjnych nastąpi większe wsparcie dziecka z ADHD, zostanie unormowana jego pozycja w klasie, co wpłynie na wyrównanie szans z innymi niepełnosprawnościami „nazwanymi”.

Rekomendacja 1/ ADHD- 10 NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ SZKOLNA

Dopisać ADHD (Zespół Nadpobudliwości Psychoruchowej z Zaburzeniami Koncentracji Uwagi/ Zespół Hiperkinetyczny/ Zespoły Nadpobudliwości Psychoruchowej), jako 10 niepełnosprawność obok Zespołu Aspergera.

Wydawanie orzeczeń o potrzebie kształcenia specjalnego z powodu ADHD.

GDZIE to umiejscowić ? Przepis - Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 listopada 2010 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w przedszkolach, szkołach i oddziałach ogólnodostępnych lub integracyjnych.

JAK powinno być ? Zapis - Par2 pkt 1 pp.10 Dopisanie w zdaniu - ... *autyzmem, w tym Zespołem Aspergera* „ i ADHD”

Rekomendacja 2/ PROFILAKTYKA-WCZESNA DIAGNOZA

Wprowadzenie programu przesiewowego wykrywania ADHD, zaburzeń hiperkinetycznych (zespołów nadpobudliwości psychoruchowych).

Jeśli jest podejrzenie ADHD – określić ścieżkę – wskazania dla rodzica, lekarz kieruje na badania wykluczające/potwierdzające (badanie krwi, eeg, neurolog, psychiatra, skierowanie do PPP

GDZIE to umiejscowić ? Przepis - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28.10.2013 r. do Ustawy z 27.07.2004 r. Wykaz świadczeń, które przeprowadzają POZ. Cz.III – tabela – wiek-co trzeba przeprowadzić podczas bilansu.

JAK powinno być ? Zapis - POZ wykonują podczas przeprowadzania bilansów zdrowia dziecka badanie/ankieta. Dopisać do cz.III: wiek 12 m, 24m, 36m... Przeprowadzenie testu w kierunku ADHD (nazwa z ICD10: F90).

Rekomendacja 3/ REFUNDACJA LEKÓW

Zmienić zapis w przepisach, że lek (celowany w leczeniu ADHD) zarejestrowany do stosowania od 6 do 18 rż na „tak długo jak lekarz uzna za stosowne”;

Zmienić zapis w przepisach o refundacji leków wskazanych chorób: „we wszystkich zarejestrowanych wskazaniach leków”. Szczególny nacisk na okres refundacji w okresie edukacji.

GDZIE to umiejscowić ? Przepis - Rozporządzenie Ministra Zdrowia dot. Refundacji leków

JAK powinno być ? Zapis - Dopisać do zapisu w przepisach: lek jest zarejestrowany do stosowania od 6 do 18 rż na „tak długo jak lekarz uzna za stosowne”; oraz „...”, we wszystkich zarejestrowanych wskazaniach leków”. Zmienić zapis w przepisach o refundacji leków wskazanych chorób: „ we wszystkich zarejestrowanych wskazaniach leków”

REKOMENDACJE

wypracowane przez dzieci i młodzież biorące udział w projekcie.

Szkoła powinna być jasnym budynkiem, estetycznie wykończonym (z cegieł). Wewnątrz budynku powinny być prawdziwe żarówki a nie popularne świetlówki, aby światło było ciepłe i przyjemne. Postulatem jest gruntowny remont szkół, aby estetycznie wyglądały i nie straszły (nie wyglądały jak więzienia).

1. W szkole powinny być zajęcia szachowe, ponieważ uczą strategii, ćwiczą koncentrację i pozwalają poznać nowych kolegów.
2. Szkoła powinna być jak dom, bo w domu jest najciekawiej. "Wszędzie dobrze, ale w domu najlepiej". Należy upodobnić szkołę do domu.
3. W szkole powinny być tablety, ogromne na całą ścianę, aby można było wszystko zaznaczać palcami (mega platformy komputerowe).
4. W szkole powinna być stołówka z ciepłym jedzeniem otwarta przez cały dzień (smutno się robi, kiedy panie ustawiają krzeselka na stołach).
5. Możliwość spędzania przerw na dziedzińcu szkolnym bez względu na pogodę.
6. Możliwość biegania po szkole.
7. Oswojone zwierzęta chodzące po korytarzach.
8. Mniej lekcji i aby obligatoryjnie kończyły się o 14.30, tak by każdy miał czas wolny.
9. Powinny być też nowe boiska, ponieważ nadal w wielu szkołach są stare.
10. Uczniowie powinni mieć możliwość uczyć się tylko w domu.
11. Zostawienie uczniom miejsca na swobodę w myśleniu i interpretowaniu rzeczywistości po swojemu.

ABSTRAKTY WYSTĄPIEŃ

dr n.med. Artur Kołakowski – Specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży, psychoterapeuta poznawczo-behawioralny, superwizor-dydaktyk Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej;

Temat wystąpienia: **Dziecko z ADHD w domu, w szkole, wśród rówieśników – jak dostrzec je poza diagnozą. Czy w ostatnich latach zmieniły się standardy leczenia ADHD?**

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD) jest zaburzeniem doskonale znanym i od lat omawianym. Wydawałoby się, że wszyscy już wszystko o nim wiemy. Jednak cały czas, w codziennej praktyce klinicznej, musimy się mierzyć z bardzo wieloma problemami dotyczącymi zarówno diagnozy jak i skutecznego postępowania terapeutycznego. Osobnym problemem staje się długotrwałe utrzymanie dziecka czy nastolatka z ADHD w leczeniu. Niestety ADHD jest zaburzeniem przewlekłym, w którym postępowanie musi być zarówno konsekwentne, jak i długotrwałe.

Wykład będzie składał się z dwóch części. W pierwszej skupimy się na przypomnieniu obecnie obowiązujących wytycznych dotyczących leczenia dzieci, nastolatków i dorosłych z ADHD i zobaczymy czy pojawiły się w nich istotne zmiany. Od publikacji najnowszych z nich minęło już kilka lat. W tej części skupimy się zwłaszcza na metodach terapeutycznych. Czy pojawiły się istotne badania dotyczące ich skuteczności i przydatności.

W drugiej części wykładu skupimy się na tym, że ADHD jest zaburzeniem przewlekłym, którego następstwa dotyczą funkcjonowania dziecka (nastolatka) w wielu dziedzinach życia. Obowiązujące wytyczne leczenia zespołu nadpobudliwości psychoruchowej skupiają się przede wszystkim na zmniejszaniu nasilenia objawów zaburzeń koncentracji uwagi, nadruchliwości i nadmiernej impulsywności czy też leczeniu najczęściej współwystępujących zaburzeń (np. zaburzenia opozycyjno-buntowniczego). Nawet ich najlepsze zastosowanie nie rozwiąże wszystkich codziennych problemów z funkcjonowaniem młodego człowieka i jego rodziny. Stąd też obok (na pewno nie zamiast) podstawowego postępowania terapeutycznego konieczne może być dołączanie innych oddziaływań terapeutycznych. Wielu praktykom znane jest doświadczenie, że najlepiej napisany plan terapeutyczny okazywał się nieskuteczny jeśli dziecko trafiało do nieakceptującego go środowiska. Warto też zauważyć, że nawet najlepsze leczenie zaburzeń koncentracji, nadruchliwości czy nadmiernej impulsywności może nie przekładać się bezpośrednio na poprawę funkcjonowania dziecka w szkole, domu czy środowisku rówieśniczym. Jak pisał Russel Barkley – „człowiek się rodzi, żyje i umiera z ADHD”. Być może jednym z elementów leczenia musi okazać się zaakceptowanie, że kłopoty z uwagą, działanie na ostatnią chwilę („potrzebujemy tego pilnie na jutro”) i trudności z przewidywaniem konsekwencji swoich działań pozostaną z bohaterem tej opowieści na wiele lat.

dr n.med. Izabela Gorzkowska – Specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży, Certyfikowany Psychoterapeuta Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

Tytuł wystąpienia: **„...Moje Dziecko złości się bez powodu...” czyli jak „zabić ducha” i wychować inwalidę. (Genetyczne i nie tylko uwarunkowania ADHD).**

Badania neurobiologiczne, neuroanatomiczne, psychofarmakologiczne, neuropsychologiczne i genetyczne pozwalają na sprecyzowanie hipotez o biologicznym pochodzeniu ADHD. Najnowsze nurty badań nad ADHD koncentrują się na łączeniu czynników genetycznych i środowiskowych.

W lutym 2012 roku Der Spiegel zacytował wrywkowo i błędnie słowa znanego i zasłużonego naukowca amerykańskiego Leona Eisenberga, który w ostatnich swoich publikacjach niepokoił się wzrostem rozpoznania i leczenia farmakologicznego Pacjentów z diagnozą ADHD. L. Eisenberg z troską pochylał się nad wzrastającym osłabieniem oddziaływań wychowawczych i socjalizujących.

W dzisiejszym wystąpieniu podjęłam próbę analizy ograniczeń i zasobów pozwalających wychować pełnowartościowego społecznie człowieka z lub pomimo ADHD.

dr n.med. Bogusław Brzuchalski – Specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży.

Temat wystąpienia: „**ADHD u osób dorosłych**”.

W powszechnej świadomości ADHD jest problemem okresu rozwojowego, natomiast wyniki wielu badań i obserwacji klinicznych wykazują, że przynajmniej u 30-50% pacjentów leczonych z powodu ADHD w dzieciństwie i adolescencji objawy (o różnym nasileniu) utrzymują się przez całe życie. Główne składowe ADHD tzn. nadpobudliwość, deficyty uwagi i impulsywność znacząco pogarszają funkcjonowanie, oraz wpływają na powstawanie problemów psychospołecznych pacjentów w każdej grupie wiekowej. Mimo, że obraz psychopatologiczny zaburzenia zmienia się wraz z wiekiem pacjenta, obecnie istnieją metody diagnostyczne ADHD pozwalające na rozpoznawanie i oddziaływania terapeutyczne u dorosłych pacjentów. Niestety najbardziej skuteczne metody leczenia tj. podawanie leków psychostymulujących nadal nie są dostępne dla osób powyżej 18 roku życia, z uwagi na brak rejestracji w tej kategorii wiekowej.

Celem niniejszej prelekcji jest zasygnalizowanie częstego problemu braku właściwej diagnozy i terapii dorosłych osób z objawami ADHD.

Zagadnienia prelekcji:

- obraz kliniczny i problemy psychospołeczne ADHD u dorosłych
- metody rozpoznawania ADHD u dorosłych
- metody terapeutyczne ADHD i ich ograniczenia u dorosłych

mgr Natalia Kajka, psycholog – praktyk pracujący z dziećmi z ADHD. Doktorantka w Katedrze Psychoterapii i Psychologii Zdrowia Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II. W swojej pracy koncentruje się na poznaniu i zrozumieniu dziecka oraz jego świata. Pracuje na zasobach dziecka i rodziny, rozwija w nich mocne strony. Zachęca do polubienia szkoły, za pomocą praktykowania Map Myśli, Fiszek, Memory i wielu innych kreatywnych metod pracy.

Temat wystąpienia: Jak uporządkować świat dziecka z ADHD? - O dziecięcych trudnościach i skutecznych metodach pracy.

Pytanie o sposoby pomagające uporządkować świat dziecka z ADHD zadają sobie dorośli zapewne już od ok 240 lat. To właśnie od takiego czasu literatura naukowa wskazuje na pierwsze zmianki o kształtującej się jednostce chorobowej. Informacje opisujące tło zaburzeń uwagi zostały zaobserwowane przez Melchiora Weikarda w 1775 roku (Barkley, Peters, 2012). Od tamtej pory stopniowo naukowcy poszerzali wiedzę na temat tego zespołu.

Jedną z ważniejszych koncepcji tłumaczących mechanizmy funkcjonowania dziecka z ADHD jest neuropsychologiczny model deficytu hamowania reakcji dzieci z ADHD Russella Allana Barkleya. Według niego podstawowym deficytem odpowiadającym za prezentowane trudności dziecka są procesy hamowania, których zaburzenie powoduje wtórne deficyty w funkcjach wykonawczych dziecka, co z kolei wpływa na jego obniżoną kontrolę zachowania (Barkley, 1997; Borkowska, 2008). Dziecko często biega jak nakręcone, wspina się na meble, wykazują się brakiem dyscypliny i zorganizowania. Często zapomina o istotnych sprawach, ma problem ze zrozumieniem polecenia, a także trudność z wykonywaniem kilku zadań jednocześnie (Kajka, Szymona, 2014).

Mimo, iż dziecko z ADHD nie lubi przewidywalnych i prostych zadań, potrzebuje schematycznych, przewidywalnych ram. Dorosły uczy w ten sposób dziecka budowania świadomości struktury. Hallowell i Ratey (2004) dzielą strukturę na tą wewnętrzną i zewnętrzną. Ta pierwsza koncentruje się na tym jak dziecko postrzega samego siebie, druga odnosi się do świata zewnętrznego: rodziny, szkoły, relacji rówieśniczych (Kajka, Szymona, 2014)

Celem tego wystąpienia jest przedstawienie narzędzi umożliwiających dziecku uporządkowanie swojego świata. Za pomocą krótkich i dłuższych form pracy z nim.

mgr Katarzyna Orkisz - pedagog, tyflopedagog, menager oświaty, terapeuta integracji sensorycznej, sensomotoryki. W swojej pracy wykorzystuje nowoczesne metody między innymi biofeedback, metodę Warnkego. Wieloletni pracownik Poradni Psychologiczno- Pedagogicznej, gdzie zajmuje się diagnozą i terapią dzieci i młodzieży z trudnościami szkolnymi, emocjonalnymi, rodzinnymi i rozwojowymi; prowadzi prelekcje dla rodziców oraz szkolenia dla nauczycieli. Prezes Zarządu w Stowarzyszeniu Na Rzecz Dzieci z Nadpobudliwością w Rzeszowie. Współtwórcza, koordynator programów takich jak: Asystent Dziecka z ADHD, Asystent ucznia niepełnosprawnego, Kompleksowe przygotowanie do pracy z dzieckiem z ADHD.

Tytuł wystąpienia: Asystent nauczyciela w szkole - czyli, gdy standardowe oddziaływania już są niewystarczające w pracy z dzieckiem z ADHD i innymi zaburzeniami.

Wraz z rozpoczęciem nauki w klasie pierwszej zmienia się wszystko, ponieważ rozpoczyna się życiowa przygoda - szkoła. W znacznie trudniejszym położeniu niż przeciętne, zdrowe dzieci są te z różnymi zaburzeniami rozwojowymi. Każde zaburzenie w rozwoju dziecka niesie za sobą różne trudności, które wymagają odpowiedniego dostosowania metod i form pracy do potrzeb i możliwości obciążonego nim dziecka. Sama szkoła jest natomiast zobowiązana do dostosowania wymagań edukacyjnych do trudności dziecka (na podstawie zaświadczenia lekarskiego bądź opinii poradni psychologiczno-pedagogicznej) oraz do szeroko pojętej indywidualizacji procesu nauczania. Nauczyciele powinni tak poprowadzić edukację każdego dziecka, aby odniosło ono sukces w szkole. Mimo wielu zmian zachodzących w oświacie (remonty placówek, udział nauczycieli w licznych szkoleniach) dzisiejsza edukacja w dalszym ciągu nie jest doskonała. Nauczyciele są przyzwyczajeni do pracy z uczniami raczej przeciętnymi. Dużo kłopotów sprawiają im uczniowie zdolni jak i przejawiający różne trudności. Duża część uczniów z zaburzeniami rozwojowymi, w tym w szczególności z ADHD oraz ze spektrum autyzmu, z powodu swojego zachowania sprawiają wiele kłopotów nauczycielom. Bardzo często nie potrafią oni dostosować się do wielu z standardowych wymagań szkoły. Mają też trudności we współdziałaniu z rówieśnikami z klasy czy świetlicy. Odbierane są zazwyczaj jako te gorsze, nieposłuszne i niegrzeczne, ponieważ objawy zaburzeń są mylnie interpretowane jako celowe niepożądane zachowania. Nauczyciele zamiast realizować podstawę programową swoją uwagę skupiają głównie na przywołaniu uczniów do porządku i dbaniu o ich bezpieczeństwo. Często się zdarza, że dzieci z zaburzeniami rozwojowymi osiągają dużo niższe wyniki w nauce, niż wskazują ich możliwości. Z uwagi na to część z nich dostawała propozycje zmiany szkoły. Popularną formą edukacji dzieci z zaburzeniami rozwojowymi jest nauczanie indywidualne, które powinno być przeznaczone wyłącznie dla dzieci chorych objętych leczeniem specjalistycznym, których stan zdrowia nie pozwala na codzienną edukację. Sam nauczyciel z całą klasą pełną dzieci i bez żadnej pomocy, nie jest w stanie efektywnie pracować. Dlatego potrzebują oni wsparcia osoby, na którą mogą liczyć.

W edukacji polskiej stanowisko asystenta do 2014 roku w ogóle nie istniało. Prosząc w szkole o pomoc dodatkowej osoby, rodzice byli odsyłani do opieki społecznej (asystent rodziny, SUO). Przepisy, nie dawały podstaw do zatrudniania asystentów. Od 1 września 2014r. umożliwiają one wprowadzenie asystenta nauczyciela (klasy I – III szkoły podstawowej) lub asystenta wychowawcy świetlicy. Ich zadaniem jest wspieranie osób prowadzących zajęcia dydaktyczne, wychowawcze, opiekuńcze lub świetlicowe. Wymagane jest, aby asystent posiadał wykształcenie co najmniej na poziomie wymaganym do zajmowania stanowiska nauczyciela w szkole podstawowej oraz przygotowanie pedagogiczne. Kolejne zmiany prawne zostały wprowadzone od 1 stycznia 2016 roku. W placówkach ogólnodostępnych, w których uczą się dzieci z autyzmem, Zespołem Aspergera i niepełnosprawnością sprzężoną, są obowiązkowo zatrudniani asystenci nauczyciela lub nauczyciele wspomagający. Asystentowi nie można jednak powierzyć zadań przeznaczonych dla nauczycieli wspierających. Asystent nie może wyręczać dziecka w jego codziennych obowiązkach szkolnych. Jego działanie powinno być raczej dyskretne, wspierające ucznia w rozwiązywaniu problemów. Powinien modyfikować nieprawidłowe zachowania, pomagać dziecku w nawiązywaniu relacji z innymi uczniami. Działania asystentów powinny jednak wychodzić poza wspieranie uczniów w radzeniu sobie z objawami ADHD czy ZA. Uczniowie z zaburzeniami rozwojowymi wymagają pomocy w wielu sferach. Trzeba wyraźnie zaznaczyć, że do pracy z asystentami zazwyczaj kierowane są dzieci, które sprawiają najwięcej problemów w szkole. Nie są to dzieci, które łatwo poddają się standardom, stąd też

praca asystentów wiąże się nie tylko z samym rozpoznaniem, ale także z nauką przestrzegania zasad, uczeniem społecznie akceptowanym zachowaniem. Do dzisiaj można jednak dostrzec wiele wątpliwości zarówno ze strony szkoły jak i rodziców. Nauczyciele głównie obawiają się nowej i obcej osoby w klasie. Rodzice często nie chcieli napiętnowania swojego dziecka, ale zdawali sobie sprawę, że ich dziecko może mieć duże kłopoty w klasie na przykład z powodu trudności w koncentracji, impulsywności i dużej potrzebie ruchu. Asystent mający baczenie na swojego podopiecznego staje się nieocenionym wsparciem i bezpieczeństwem a także szansą dla samego dziecka w osiągnięciu sukcesu w szkole.

mgr Dorota Zaborowska - mama 2 mężczyzn, nauczyciel matematyki, informatyk. Wychowawca dzieci z ADHD i z zespołem Aspergera. Przewodnicząca Koła Pomocy Dzieciom z ADHD i Zespołem Aspergera przy Towarzystwie Przyjaciół Dzieci Oddział Okręgowy w Koszalinie oraz Rzecznik Prasowy TPD Koszalin.

Tytuł wystąpienia: **O czymkolwiek marzysz, zacznij działać.**

W swoim wystąpieniu opowiem o tym, jak wpłynęła na moje życie diagnoza syna sprzed 10 lat i szeszoletni udział w projekcie "ADHD - wyzwanie społeczne czy negacja?". Postaram się napędzić nadzieję rodziców, którzy są na początku swojej drogi i przekonać do działania tych, którzy pragną zrobić coś dobrego dla innych, lecz brakuje im wiary w siebie i odwagi. Opowiem również o tym, jaką organizacją jest Towarzystwo Przyjaciół Dzieci i dlaczego warto w swoich poszukiwaniach rozwiązań swoje kroki skierować najpierw do tego typu organizacji.

mgr Grażyna Ulman – matka 3 synów, doświadczona przez ich problemy szkolne, współpracuje ze stowarzyszeniami zajmującymi się rodzinami z niezwykle dziećmi od 8 lat, trener osób dorosłych, specjalizuje się w pracy z rodzicami dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i ADHD, arteterapeuta.

Temat wystąpienia: **Praca z rodzicem podstawą terapii ADHD**

Jako rodzic dzieci z zaburzeniami i trener grup rodzicielskich na warsztatach dla dzieci i rodziców oraz turnusach rehabilitacyjnych pragnę podzielić się wiedzą, jak ważny jest dobrostan rodzica dla możliwości prowadzenia terapii dziecka i dla jej postępów. Gdy osiem lat temu rozpoczęliśmy zajęcia z rodzicami uważaliśmy, że najważniejsze jest przekazywanie im informacji o istocie zaburzenia dziecka, prawach dziecka, prawie oświatowym i możliwościach wpływania rodziców na działania podejmowane przez placówki oświatowe. Właściwie prowadziliśmy rodziców na wojnę z machiną oświatową. Szybko jednak pojęliśmy, że w tej wojnie zakładnikiem jest dziecko, o którego dobro przecież nam chodziło. Kolejnym więc krokiem było uczenie rodziców współpracy z placówkami oświatowymi. Okazało się jednak, że rodzice nie są w większości gotowi do współpracy. Współpraca wymaga równości partnerów, a rodzice często sami stawiali się na niższej pozycji niż instytucje z którymi mieli współpracować. Stąd prosty wniosek, że aby ta współpraca była możliwa, trzeba zacząć pracować nad samoświadomością rodziców, wzmocnieniem ich poczucia własnej wartości oraz nastawienia na szukanie dobrych stron w szkole i w dziecku. Bo to zajmowanie pozycji podporządkowanej wynikało zawsze z nagromadzenia negatywnych informacji o tym, że rodzic nie umiał wychować swojego dziecka, które w konsekwencji jest "niegrzeczne". Dziecko, w obecności którego najczęściej rodzic słuchał informacji o swojej niekompetencji, również otrzymywało negatywny obraz swojej osoby, słysząc właśnie o tym, że jest niegrzeczne, niewychowane i właściwie bez szans na dobrą przyszłość. Takie programowanie odnosiło konsekwencje odwrotne od tych, które zakładali nauczyciele. Krytykowane i pouczane dziecko wcale nie poprawiało swojego zachowania. Za to zdumiewająca okazuje się siła pozytywnych komunikatów. Ja zawsze śmieję się, że moje dzieci muszą tankować jak samochody. Ale paliwem, na którym działają prawidłowo są pochwały. Nagromadzenie negatywnych informacji spala im silnik. Uczyliśmy więc rodziców chwaleń siebie, dziecka i nauczycieli z nim pracujących. Okazało się, że takie podejście sprawiło, że terapia dzieci przebiegała sprawniej, wszystkie środowiska zaczynają przy tym współpracować. Dziecko pewniej czuje się w szkole, nauczyciel widzi, że jego trud jest doceniany. Rysuje się wspólny cel i widoczne są efekty. Oczywiście nie zawsze jest tak różowo, ale zazwyczaj poprawia się i funkcjonowanie dziecka i samopoczucie rodzica.

Niestety system wsparcia w Polsce nie bierze pod uwagę pracy przynoszącej najlepsze rezultaty –

pracy z całą rodziną – rodzicami, zdrowym rodzeństwem, dziadkami. Myślę, że warto przykłady takiej pracy wskazywać, doceniając ich rezultaty i propagować takie systemowe podejście do terapii dzieci z ADHD.

mgr Iwona Żmurko - pedagog, socjoterapeuta. Ukończyła studia pedagogiczne, kurs kwalifikacyjny z terapii pedagogicznej oraz studia podyplomowe - Profilaktyka i terapia zaburzeń w zachowaniu. Terapeuta behawioralno - poznawczy.

mgr Małgorzata Błędowska-Matias - terapeuta rodzinny, socjoterapeuta, nauczyciel nauczania zintegrowanego, konsultant, mediator.

Temat wystąpienia: Co nam się udało... prezentacja socjoterapeutek prowadzących grupę socjoterapeutyczną w ramach projektu.

Na tle prezentacji zdjęć przedstawiającej, co działo się w trakcie całego cyklu socjoterapii, podzielimy się doświadczeniami z pracy z 20 osobową grupą dzieci i młodzieży z ADHD. Przedstawimy, co nam się udało osiągnąć w trakcie spotkań, i jakie cele udało się nam zrealizować. Opowiemy także o tym, z jakimi problemami i trudnościami się spotkałyśmy i jak je rozwiązywałyśmy. Przedstawimy pomysły i metody pracy, które najlepiej sprawdziły się nam w praktyce. Będą one dotyczyły między innymi sposobu tworzenia zasad w grupie gwarantującego wszystkim uczestnikom poczucie bezpieczeństwa, stwarzania okazji do negocjacji i mediacji w sytuacjach dnia codziennego, skutecznego wzmocnienia poczucia wartości uczestników, znaczenia wzajemnego wspierania się zamiast rywalizacji w budowaniu więzi oraz zachęcania do twórczej aktywności. Przedstawimy również wyjątkowo ciekawą formę pracy w teatrze, która świetnie sprawdziła się w naszej pracy socjoterapeutycznej.

Serdecznie zapraszamy w podróż po naszych doświadczeniach. Jesteśmy przekonane, że będą one dla Państwa cennym źródłem inspiracji do pracy z dziećmi i młodzieżą z ADHD. Nasza propozycja ma wymiar przede wszystkim praktyczny. Zapraszamy.

mgr Joanna Rysz: Trener, szkoleniowiec i coach. W Specjalistycznej Placówce Wsparcia Dziennego dla Dzieci i Młodzieży z ADHD, TPD ZOR oraz w Zachodniopomorskim Ośrodku Edukacyjno-Szkoleniowym TPD w Szczecinie prowadzi szkolenia i warsztaty edukacyjne. Konsultacje i coaching m.in. dla rodziców dzieci z ADHD oraz z pracowników instytucji związanych z edukacją, wychowaniem dzieci oraz wspieraniem ich rodzin, tj. nauczycieli, asystentów rodzin, kuratorów, policjantów.

Tytuł wystąpienia: Wsparcie rodziny z dzieckiem z ADHD – przed i po diagnozie.

ADHD to zespół cech jakimi rodzice obdarzyli swoje dzieci. Czy chcą czy też nie, na wybór genów nie mają wpływu, więc „dostają” w prezencie dziecko-niespodziankę. Zanim dojdzie do postawienia diagnozy, niestety rodziny muszą zmierzyć się z nieprzyjemnymi konsekwencjami objawów choroby. Niepokojące zachowanie stają się sygnałem do poszukania pomocy. Rodziny, które zmagają się z objawami ADHD są przez pierwszy okres życia dziecka wręcz załamane nieskutecznością swoich metod wychowawczych. Na zasadzie prób i błędów starają się wprowadzać nowe metody, by „zapanować” nad dzieckiem. Ono samo nie wie, że zachowuje się niewłaściwie, nie umie jeszcze poradzić sobie samodzielnie z objawami, ani tym bardziej wytłumaczyć się dlaczego tak się zachowuje. Czy dziecko z ADHD miałyby przeproszać za objawy choroby? Czy rodzic ma obwiniać siebie za brak umiejętności zapanowania nad objawami choroby dziecka? I wreszcie czy nauczyciel, który ma w swojej klasie dziecko z ADHD, ma ulegać presji innych rodziców, by usunąć z klasy chore dziecko, bez udzielenia mu wsparcia w zmaganiu się z objawami choroby. Czy jest różnica między dzieckiem z ADHD a dzieckiem z innymi dysfunkcjami? Czy rodziny dzieci z niepełnosprawnością ruchową, z wadą wzroku, słuchu, z innymi chorobami zasługują na większe wsparcie i zrozumienie niż rodziny z dziećmi z ADHD? Otóż na wszystkie te pytania pada odpowiedź NIE. Co zrobić by odzyskać sposób postrzegania objawów ADHD i prowadzić dialog na argumenty, by znaleźć sposoby wsparcia dziecka i jego rodziny? Drogę jaką pokonuje się w trakcie wychowania dziecka z ADHD podzieliłam na kilka etapów: przed diagnozą, w trakcie i po diagnozie. Na każdym etapie towarzyszą im różne, niejednokrotnie skrajne emocje. Od radości aż po bezradność i rozpacz. To od świadomości rodzica, od jego siły emocjonalnej zależy, jak się będzie czuł. W zależności od

wsparcia, jakie otrzyma rodzic, taką postawę przyjmie. Postawa rodzica ma wpływ na dziecko. Uświadomienie sobie, która postawa ułatwi życie dziecku i rodzicom, to klucz do podjęcia decyzji o zmianie w życiu. Jedną z form wsparcia rodzin są indywidualne konsultacje metodyczno-wychowawcze, które w przypadkach pracy z rodzicami mają charakter spotkań od konsultacji przez coaching, aż po mentoring. Na spotkaniu rodzic uzyskuje pomoc we wzmacnianiu i udoskonalaniu działania poprzez refleksję nad tym, jak stosuje konkretne umiejętności i/lub wiedzę. Istotą pracy coachingu jest budowanie świadomości, odpowiedzialności oraz wiary w siebie. W pracy z rodzicami zaobserwowałam, jak ważne jest ich emocjonalne wzmocnienie oraz wydobycia z nich metod konsekwentnego realizowania zamierzonego celu, jakim jest zmiana własnej postawy na rzecz wywołania zmiany zachowania u swojego dziecka. Sposobem na pobudzenie chęci zmiany w obszarze własnej osoby przez rodzica jest właściwe zadawanie pytań ukierunkowanych na stworzenie obrazu przyszłości, jaką rodzic chce osiągnąć zarówno dla siebie, jak i swojego dziecka. Przy tworzeniu wizji przyszłości określa się zasoby, którymi dysponuje rodzina. Wiedza, umiejętności, dotychczasowe doświadczenia, osoby mogące udzielić wsparcia, jak również instytucje, które są powołaane do pomocy rodzinie. Praca na posiadanych i dostępnych zasobach przełamuje zewnętrzne i wewnętrzne bariery, odmienia ograniczające przekonania, pozwala zrozumieć pojawiające się emocje. Pokonanie przez rodzica wewnętrznej blokady i zmiana z MUSZĘ na CHCĘ zmienia jego postawę. To na bazie własnych zasobów, tworzy sposób swojego działania, kreowania nowych form wychowawczych, praktycznych metod radzenia sobie z własnymi słabościami oraz sposobów wykorzystania mocnych stron swoich i rodziny. Zauważa obszary, które chce doskonalić. Patrząc na piramidę potrzeb Masłowa można zobrazować, jak rodzic przemieszcza się ku szczytowi, od najniższego poziomu zaspokajania potrzeb fizjologicznych swoich i dziecka poprzez poczucie przynależności do akceptującej rodzinę grupy aż po samorealizację, gdzie sam, jako Rodzic-ekspert może dzielić się swoją wiedzą i doświadczeniem oraz wspierać inne rodziny, które są dopiero na początku tej drogi.

mgr inż. Tamara Olszewska – Watracz: Psychopedagog, Technolog żywności, Trener szkoleń dla osób dorosłych, Przewodnicząca Koła Pomocy Dzieciom z ADHD TPD w Szczecinie oraz Kierownik Specjalistycznej Placówki Wsparcia Dziennego dla dzieci i młodzieży z ADHD TPD w Szczecinie.

Tytuł wystąpienia: „Zastosowanie diety w leczeniu ADHD.”

Jedną z popularniejszych metod leczenia zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi – ADHD jest zmiana stylu żywienia, czyli sięganie po specjalne diety. Według badań australijskich 64 % rodziców dzieci z ADHD stosuje w swych pociech alternatywne sposoby leczenia, w tym 60 % korzysta z różnorodnych diet. Wiąże się to z faktem, iż u dzieci z ADHD problemy z jedzeniem zaczynają się dość wcześniej, nawet już w okresie przedszkolnym. Bardzo duża grupa przedszkolaków, albo w ogóle nie chce jeść, wierząc się i kręcąc nieustannie, albo grymaszą przy każdym posiłku, wybrzydząc i najchętniej jadłyby tylko słodczy. Inni rodzice skarżą się na to, że ich dzieci jedzą za dużo, borykając się z napadami objadania się i nadwagą. U innych dzieci, które leczone są farmakoterapią, obserwuje się spadek apetytu. Na zagadnienie żywienia zespołu hiperkinetycznego zwrócono już uwagę w latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku. Dieta doktora Benjamina Feingolda, pozbawiona barwników i konserwantów ma już ponad 30 lat swoich zwolenników oraz przeciwników. Obecnie w przeciwieństwie do Polski, w Stanach Zjednoczonych leczenie dietą przeżywa renesans w antagonizmie do powszechnego ruchu leczenia farmakoterapią. Innym zagadnieniem są alergie pokarmowe, gdzie nietolerancja na pewne składniki pokarmów objawia się nadmierną ruchliwością, niepokojem i zachowaniami impulsywnymi. Tak więc ADHD i w pewnej części alergie pokarmowe mogą wpływać w podobny sposób na zachowanie dziecka wywołując typowe dla dysfunkcji objawy i uwidaczniać je w zachowaniach typu: niepokój, podenerwowanie, zwiększona impulsywność. Do tej pory wyodrębniono blisko 50 pokarmów, których nietolerancja może się przejawiać zmienionym zachowaniem dziecka. Świadczą o tym dodatkowe objawy typu: bóle brzucha, wzdęcia, biegunki, bóle głowy, bóle stawów, a także typowe objawy skórne jak: pokrzywka, rumień na skórze, katar sienny, zapalenie spojówek, astma.