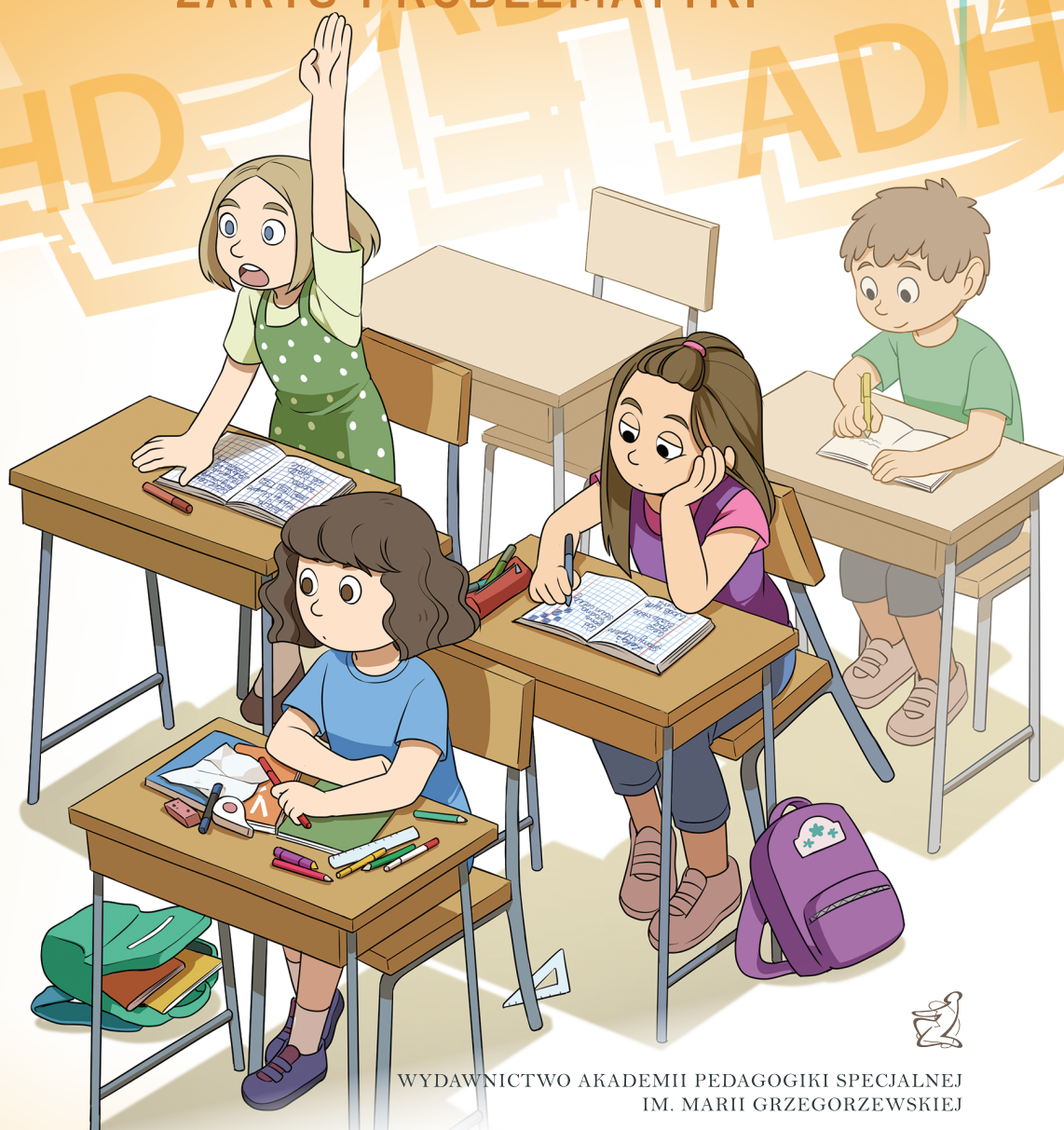


NATALIA BEDNARSKA

# Dziewczęta z ADHD

ZARYS PROBLEMATYKI



WYDAWNICTWO AKADEMII PEDAGOGIKI SPECJALNEJ  
IM. MARIII GRZEGORZEWSKIEJ

Dziewczęta  
**z ADHD**

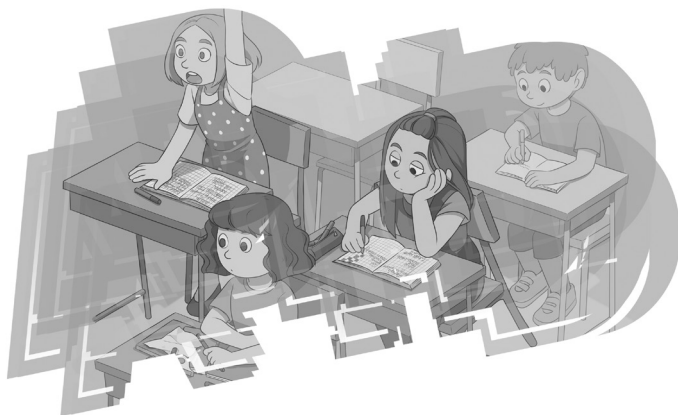
ZARYS PROBLEMATYKI



NATALIA BEDNARSKA

# Dziewczęta z ADHD

## ZARYS PROBLEMATYKI



Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej  
im. Marii Grzegorzewskiej  
Warszawa 2021



Recenzenci

*dr hab. Michał Kwiatkowski, prof. APS*

*dr Anna Mikler-Chwastek*

Projekt okładki

*Piotr Michalak*

Ilustracje

*Magdalena „Meago” Kania*

Redakcja i korekta

*Danuta Gorajewska*

Copyright © by

Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej

Warszawa 2021

Publikacja finansowana przez

Akademię Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej

ze środków na działalność statutową



Uznanie Autorstwa – Użycie Niekommercyjne 4.0 Polska

ISBN 978-83-66879-47-8

e-book 978-83-66879-48-5

Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej

02-353 Warszawa, ul. Szczęśliwicka 40

tel. 22 5893645

e-mail: [wydawnictwo@aps.edu.pl](mailto:wydawnictwo@aps.edu.pl)

# Spis treści

Wprowadzenie .....	7
1. Charakterystyka zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) .....	11
1.1. Czynniki leżące u podstaw ADHD .....	11
1.2. Obraz funkcjonowania osób z ADHD .....	13
1.2.1. Funkcjonowanie społeczne osób z ADHD .....	16
1.2.2. Funkcjonowanie emocjonalne osób z ADHD .....	18
1.2.3. Zaburzenia zachowania u osób z ADHD .....	20
1.2.4. Funkcje poznawcze u osób z ADHD .....	24
1.2.5. Trudności w uczeniu się dzieci z ADHD .....	32
1.2.6. Funkcje wykonawcze u osób z ADHD .....	36
1.2.7. Problemy zdrowotne osób z ADHD .....	38
1.2.8. Zaburzenia sensoryczno-motoryczne u osób z ADHD .....	40
2. ADHD jako jednostka diagnostyczna .....	43
2.1. Atrybuty diagnozy ADHD .....	43
2.2. Diagnoza nozologiczna ADHD .....	47
2.3. Diagnoza różnicowa ADHD .....	51
2.4. Wybrane narzędzia badawcze do diagnozy ADHD .....	54
3. Dziewczęta i kobiety z ADHD – wyzwania diagnostyczne .....	57
4. Symptomy ADHD u dziewcząt na różnych etapach rozwoju .....	65
4.1. Predyktory ADHD w wieku niemowlęcym i poniemowlęcym .....	65
4.2. Dziewczęta z ADHD w wieku przedszkolnym .....	68
4.3. Dziewczęta z ADHD w wieku wczesnoszkolnym .....	76
4.4. Dziewczęta z ADHD w okresie wczesnej adolescencji .....	86
4.5. Dziewczęta z ADHD w okresie późnej adolescencji .....	95
5. Wskazówki do pracy z dziewczętami na różnych etapach rozwoju .....	107
5.1. Wskazówki do pracy z dziewczętami z ADHD w wieku przedszkolnym .....	107

5.2. Wskazówki do pracy z dziewczętami z ADHD w wieku wczesnoszkolnym .....	110
5.3. Wskazówki do pracy z dziewczętami z ADHD w okresie wczesnej adolescencji .....	114
5.4. Wskazówki do pracy z dziewczętami z ADHD w okresie późnej adolescencji .....	116
Zakończenie .....	119
Bibliografia .....	121

## Wprowadzenie

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) dotyka średnio od 3 do 5% dzieci w młodszym wieku szkolnym. Jedno na 20–30 dzieci będzie zatem miało objawy nadaktywności psychoruchowej z zaburzeniami uwagi (Barkley, 2020, s. 153; Kołakowski i in., 2014, s. 35). Na podstawie próby uczniów klas II i III z pięciu losowo wybranych szkół podstawowych dzielnicy Warszawa Bemowo ustalono częstość występowania ADHD na 4,4% (Kołakowski, Wolańczyk, Liwska, 2000, s. 55–64). W innych badaniach (Dąbkowski, 2003, za: Kołakowski i in., 2014, s. 35) rozpowszechnienie ADHD wśród uczniów klas II bydgoskich szkół podstawowych obliczono na 6,2%. Utrzymujące się w pierwszych latach konceptualizacji ADHD przekonanie, że zaburzenie to ma charakter dziecięcy czy młodzieńczy i z wiekiem ustępuje, zostało zdyskredytowane. Obecnie wiadomo, że ADHD może występować w proporcji jeden przypadek na 33–50 osób dorosłych, czyli w 4–5% populacji dorosłych ludzi (Barkley, 2020, s. 153), a z objawów się nie wyrasta. Mogą one jednak zmieniać swój charakter, np. objawy nadaktywności motorycznej i impulsywności mogą się przekształcić w poczucie niepokoju oraz potrzebę nieustannego działania. Bywają też nastolatki, które wypracowują strategie zastępcze wyrażania nadruchliwości. Są one bardzo trudne do zaobserwowania, jak np. przebieganie palcami stóp w butach (CONNERS 3, s. 29).

Dotychczasowe wyniki badań nie wskazują na odmienną częstotliwość występowania ADHD w różnych grupach rasowych czy społeczno-ekonomicznych. Można zatem powiedzieć, że ADHD w takim samym stopniu dotyka przedstawicieli wszystkich ras i grup społeczno-ekonomicznych. Nie można jednak przemilczeć problemu nierówności w diagnostyce i terapii w grupach mniejszościowych. Tumaini R. Coker wraz z zespołem badawczym (2016) przeanalizowali różnice rasowe i etniczne w diagnozowaniu oraz leczeniu (tu: stosowaniu leków) zaburzeń koncentracji, w tym nadpobudliwości psychoruchowej u dzieci afroamerykańskich, latynoskich

oraz rasy białej. Próba objęła populację 4297 dzieci i ich rodziców. W toku badań ustalono, że dzieci afroamerykańskie oraz latynoskie, w porównaniu z dziećmi rasy białej, miały mniejsze szanse na zdiagnozowanie ADHD i przyjmowanie leków na ADHD. Natomiast wśród dzieci z rozpoznaniem lub objawami ADHD, dzieci pochodzenia afroamerykańskiego i dzieci latynoskie miały mniejsze szanse na skorzystanie z farmakoterapii. Powszechnie wiadomo, że brak lub niewłaściwe leczenie niosą ze sobą poważne konsekwencje dla dzieci. Doświadczają one długoterminowych, negatywnych skutków dla zdrowia fizycznego i psychicznego, a co za tym idzie – funkcjonowania społecznego. W badaniach naukowcy zwracają uwagę także na zjawisko nadmiernej diagnozy i nadmiernego leczenia dzieci rasy białej (Coker i in., 2016), skutkiem czego wzrasta liczba osób niepotrzebnie leczonych.

W populacji osób z ADHD znajdują się dzieci o różnym poziomie inteligencji: zarówno te o wysokim ilorazie inteligencji, te u których rozwój poznawczy jest na poziomie przeciętnym, jak i te poniżej normy rozwojowej (niepełnosprawność intelektualna). W niektórych badaniach dowiedziono, że pacjenci z ADHD otrzymują w testach mierzących inteligencję średnio o 7–10 punktów mniej niż ich rówieśnicy bez ADHD. Różnica jest niewielka, ale istotna statystycznie i wynikać może częściowo z deficytu funkcji wykonawczych, które są pomocne podczas wypełniania testów, takich jak test inteligencji (Barkley, 2020, s. 168).

Dotychczasowe wyniki badań przedstawiały znaczącą dysproporcję (4 : 1) w częstości występowania ADHD u chłopców i dziewcząt (np. O'Regan, 2005, s. 17; Szada-Borzyszkowska, 2010, s. 621). Na tej podstawie sądzono, że ADHD jest zaburzeniem charakterystycznym dla płci męskiej<sup>1</sup>. O tym, że stosunek przypadków ADHD u dziewcząt i chłopców może być bliski proporcji 1 : 1 nadmieniano pod koniec lat 90. XX w. (Arnold, 1996). Nie znalazło to jednak odzwierciedlenia w liczbie diagnoz. Nadal ADHD jest diagnozowane rzadziej u dziewcząt i kobiet niż u ich rówieśników płci męskiej.

Pogląd, że ADHD w przeważającej liczbie dotyczy chłopców wciąż wydaje się popularny. W wydanej w 2020 r. książce *Podjąć wyzwanie. Kompletny przewodnik dla rodziców* Russell A. Barkley podaje, że ADHD

---

<sup>1</sup> Rezultaty te przypisuje się błędom metodologicznym, próby kliniczne ADHD były zdominowane przez mężczyzn. Związane są one także z pierwszymi definicjami ADHD, w których zwracano głównie uwagę na nadaktywność fizyczną, pomijając, częściej występującą u płci żeńskiej, nadaktywność werbalną.

występuje trzy razy częściej u chłopców niż u dziewcząt. Artur Kołakowski ze współautorami (2014, s. 37) twierdzą natomiast, że na podstawie najnowszych badań można szacować stosunek liczby chłopców do liczby dziewcząt z ADHD na 2 : 1.

W analizach przedstawiających występowanie ADHD w podziale na płeć należy uwzględnić dodatkową zmienną jaką jest wiek. Podczas gdy w dzieciństwie obserwowalna jest wyraźna przewaga ADHD u chłopców, w próbach osób dorosłych różnice w rozpowszechnieniu ADHD między płciami są mniejsze lub ich brak (Simon i in., 2009; de Zwaan i in., 2012; Cortese i in., 2016). Przyczyn tego stanu rzeczy upatruje się m.in. w większej samoświadomości dorosłych kobiet i tym samym częstszym poleganiu w ich diagnozie na skalach samoopisowych, większej trwałości objawów u kobiet przy zwiększonym poziomie remisji u mężczyzn oraz potencjalnie częstszych przypadkach późnego początku ADHD u kobiet (Moffitt i in., 2015; Hinshaw, 2018; Young i in., 2020).

Mniejsza liczba diagnozowanych przypadków ADHD u dziewcząt i kobiet tłumaczona jest teorią żeńskiego czynnika ochronnego – *female protective effect* (Taylor i in., 2016)<sup>2</sup>. Powstała ona w toku badań empirycznych. Sugeruje, że aby ADHD ujawniło się pełnoobjawowo u dziewcząt i kobiet, muszą one, w porównaniu z chłopcami i mężczyznami, osiągnąć wyższy próg narażenia genetycznego lub środowiskowego. Hipoteza ta wyjaśnia także wyższy wskaźnik przenoszenia dziedziczenia w rodzinach, w których kobiety są dotknięte ADHD (Rhee, Waldman, 2004).

ADHD jest najczęściej występującym zaburzeniem zdrowia psychicznego u dzieci na świecie. Z jednej strony widoczny jest powszechny wzrost diagnoz ADHD (co staje się przedmiotem zaniepokojenia ekspertów), a z drugiej niedostateczną identyfikację tego zaburzenia u dziewcząt (Furzer, Dhuey, Laporte, 2000). Mimo braku jednego stanowiska w kwestii reprezentacji płciowej zaburzenia, eksperci są zgodni, że chłopcy częściej niż dziewczęta trafiają na diagnozę ADHD i częściej otrzymują wsparcie z tego tytułu. Według danych NFZ w latach 2009–2016 z refundowanych świadczeń opieki zdrowotnej z uwagi na ADHD korzystało 85% chłopców oraz 15% dziewcząt w wieku od 6 do 13 lat (Witeska-Młynarczyk, 2019, s. 252).

---

<sup>2</sup> Tłumaczenie terminu *female protective effect* odnalazłam w rodzimej literaturze naukowej jedynie w odniesieniu do kobiet z autyzmem (Rynkiewicz, Janas-Kozik, Słopień, 2019).

Za wspomnianymi statystykami kryje się brak świadomości na temat tego, jak przejawia się ADHD u dziewcząt. Brak dostatecznej wiedzy nauczycieli i rodziców, a także specjalistów na omawiany temat skutkuje tym, że dziewczęta nie otrzymują nie tylko diagnozy, wsparcia, terapii, lecz także zrozumienia. Z tego powodu dziewczęta, nastolatki czy dorosłe kobiety samotnie borykają się ze swoim zaburzeniem.

Prezentowana monografia ma pomóc w zrozumieniu dziewcząt z ADHD, a tym samym w normalizacji ich życia. Ma przybliżyć możliwości ich diagnozy, problemy, z jakimi na co dzień się borykają i drogi wsparcia na poszczególnych etapach rozwoju.

W pierwszym rozdziale przedstawiam etiologię ADHD oraz trudności, jakie osoby z ADHD (dzieci i dorośli) napotykać w różnych obszarach swojego życia (np. społecznym, emocjonalnym, behawioralnym, poznawczym, zdrowotnym). W rozdziałach drugim i trzecim przybliżam przebieg diagnozy ADHD, opisuję jej atrybuty, rodzaje i wybrane narzędzia badawcze. Wskazuję także przyczyny rzadszego kierowania dziewcząt na diagnozę w kierunku ADHD oraz ponoszone przez nie z tego tytułu daleko idące konsekwencje. Czwarty rozdział poświęcam temu, jak z wiekiem zmienia się funkcjonowanie dziewcząt z ADHD w środowisku domowym i szkolnym. Opisuję, jak objawia się ADHD w wieku niemowlęcym i poniemowlęcym, przedszkolnym, wczesnoszkolnym, w okresie wczesnej oraz późnej adolescencji. Charakterystykę zachowania i trudności dziewcząt z ADHD zamykam, zamieszczonymi w piątym rozdziale, wskazówkami. Stanowią one otwarty katalog możliwości wsparcia dziewcząt na każdym z wymienionych etapów rozwoju. W *Zakończeniu* monografii dzielę się refleksją na temat przyczyn jej powstania i trudności związanych z poznaniem pełnego obrazu prezentowanego zagadnienia.

# 1. Charakterystyka zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD)

## 1.1. Czynniki leżące u podstaw ADHD

Etiologia ADHD jest złożona. W toku badań naukowych wskazano na wiele czynników, które wpływają na powstawanie tego zaburzenia. Przyczyn należy szukać w anomaliach struktur mózgowych, takich jak: specyficzny neurometabolizm, mutacje genowe, zaburzenia neurorozwojowe oraz czynniki prenatalne i środowiskowe. Obecnie ADHD traktowane jest jako przypadłość neurologiczna o podłożu genetycznym. Ujawnia się zazwyczaj przed 7. rokiem życia. Zmienia się wraz z rozwojem osobowości i zdolności poznawczych człowieka.

Pojawianie objawów ADHD wiąże się z uszkodzeniami mózgu lub jego nieprawidłowym rozwojem. Ponieważ uszkodzenia mózgu występują u 10% dzieci z postawioną diagnozą ADHD, naukowcy kierują uwagę na czynniki, które nie uszkadzają tkanki mózgowej, lecz wpływają negatywnie na jej funkcjonowanie. W tym miejscu warto odnieść się do wybranych badań o charakterze metaanalizy.

Dzięki analizom zespołu Evy M. Valery i jej współpracowników (2007) wiadomo, że istnieją różnice w strukturze mózgu u dzieci z ADHD w porównaniu z dziećmi bez diagnozy ADHD. Obszary mózgu, które są mniejsze to: mózdzek, przednia część spoidła wielkiego, prawa strona jądra ogoniastego, prawa półkula mózgu jako całość oraz obszary czołowe mózgu (Valera i in., 2007). Kolejne metaanalizy potwierdziły mniejszą objętość mózgu, mniejsze jądro ogoniaste u dzieci z ADHD. Ponadto wykazały, że zaobserwowane różnice w strukturze mózgu między badanymi z ADHD a badanymi z grupy porównawczej zmniejszają się wraz z wiekiem oraz pod wpływem stosowania terapii farmakologicznej (Hart i in., 2013). Analizy porównawcze schematu wzrostu i dojrzewania mózgu przywiodły do stwierdzenia, że mózg dzieci z ADHD dojrzewa średnio z dwuipółletnim, a nawet trzyletnim opóźnieniem. Pod koniec okresu adolescencji mózg



dzieci z ADHD osiąga prawidłowe rozmiary, ale w jego funkcjonowaniu utrzymują się zakłócenia (Shaw i in., 2007). Obszary mózgu dzieci z ADHD, które różnią się strukturą od dzieci bez ADHD są odpowiedzialne za procesy hamowania, pamięć roboczą oraz funkcje wykonawcze.

Na powstawanie ADHD może mieć też wpływ osłabienie działania neuroprzekazników: dopaminy i noradrenaliny, które umożliwiają przekazywanie pobudzeń w układzie nerwowym (Tripp, Wickens, 2008, 2009). Wykazano, że genotyp dzieci i dorosłych osób z ADHD zawiera inne wersje genów – w porównaniu z osobami bez ADHD – odpowiedzialnych za wymienione neurotransmitery.

U pacjentów z ADHD odmienne są zarówno struktura, biochemia mózgu, jak i jego aktywność. Wskaźnikami słabszej aktywności mózgu w obszarze przedczołowym u osób z ADHD są poziom aktywności elektrycznej mierzony za pomocą EEG, przepływ krwi oraz skany PET i fMRI (Zametkin i in., 1990). Obniżony poziom aktywności nie wpływa na stopień gotowości percepcyjnej przed pojawieniem się bodźca, lecz utrzymywania koncentracji uwagi na określonym bodźcu.

Naukowcy poszukują odpowiedzi na pytanie, jakie są przyczyny powstawania zaburzeń rozwoju mózgu u dzieci z ADHD. Najczęściej podawane wyjaśnienia to czynniki ryzyka na wczesnym etapie życia oraz uwarunkowania genetyczne. Do wspomnianych czynników ryzyka działających w okresie płodowym można zaliczyć m.in.: spożywanie przez matkę alkoholu, narkotyków, palenie papierosów w czasie ciąży, nawracające infekcje intymne matki (Kotimaa i in., 1990, 2003). Jeśli chodzi o uwarunkowania genetyczne, to podatność na występowanie u dziecka zachowań charakterystycznych dla ADHD jest dziedziczna. Potwierdzają to badania prowadzone nad bliźniętami jednojajowymi i dwujajowymi (Gilger, Pennington, DeFries, 1992). Dzięki licznym badaniom wiemy, że większość odmian ADHD ma charakter poligeniczny. Oznacza to, że odpowiedzialności za zachorowalność na ADHD nie można przypisać jednemu genowi, lecz wielu genom. W analizach genotypów uwzględnia się co najmniej 50 genów, w tym te kodujące enzymy metabolizmu neuroprzekazników, transportery i receptory neuroprzekazników (Comings i in., 2005). Każdy ze zidentyfikowanych przez naukowców genów zwiększa ryzyko pojawienia się ADHD w niewielkim stopniu. Zdiagnozowanie zaburzenia jest możliwe dopiero wtedy, gdy suma tych genów przekroczy pewną wartość. Zwykle rodzice zdiagnozowanego dziecka zadają sobie pytanie, kto w rodzinie ma lub może

mieć ADHD. Jednakże u członków rodziny geny te mogą występować w mniejszym natężeniu, a w związku z tym objawy ADHD mogą nie być u nich obserwowalne (Barkley, 2020, s. 127–130). W wielu badaniach wykazano, że geny DRD4 oraz DAT1 odpowiadają za występowanie ADHD. Na przykład gen DRD4 występuje u osób z ADHD w dłuższej formie, co najprawdopodobniej sprawia, że dopaminowe komórki nerwowe potrzebują o wiele większej ilości dopaminy, aby się zaktywizować. W odpowiedzi na to zapotrzebowanie osoby z ADHD poszukują nowych doświadczeń stymulujących ich mózg (posiadają cechę osobowości nazywaną poszukiwaniem nowości). Dzieci i dorośli charakteryzujący się tą cechą podejmują bardzo dużą liczbę zachowań ryzykownych, przynoszących im intensywne doznania (Barkley, 2020, s. 130).

Warto pamiętać, że geny, którym obecnie przypisuje się występowanie ADHD, stanowią tylko część pełnego obrazu. Każde kolejne badanie naukowe przybliży nas do identyfikacji pozostałych genów i wiedzy na temat opisu interakcji między nimi, a tym samym do lepszych metod diagnozowania i leczenia.

Barkley (2020, s. 148) przedstawił listę predyktorów pojawienia się i utrzymywania ADHD u dzieci. Czynniki ryzyka ułożone są na niej od najbardziej do najmniej istotnych. Wśród nich znalazły się:

- wzmożona aktywność dziecka w okresie niemowlęcym, poniemowlęcym i przedszkolnym;
- występowanie ADHD w rodzinie;
- problemy ze zdrowiem matki w czasie ciąży lub jej ryzykowne zachowania (np. palenie papierosów, picie alkoholu, zażywanie narkotyków);
- powikłania w czasie ciąży i porodu;
- samotne rodzicielstwo, niski poziom wykształcenia;
- słaba kondycja zdrowotna dziecka w wieku niemowlęcym, opóźniony rozwój motoryczny, mowy.

Informacje na temat wymienionych czynników ryzyka specjaliści zbierają na jednym z pierwszych etapów diagnozy.

## 1.2. Obraz funkcjonowania osób z ADHD

W celu zdiagnozowania u dziecka ADHD należy wykazać utrzymujące się występowanie objawów na trzech osiach: zaburzeń koncentracji uwagi, nadaktywności oraz nadmiernej impulsywności. Choć wymienione

elementy są cechami definitywnymi ADHD, to nie oddają w pełni funkcjonowania osób z tym zaburzeniem oraz problemów, z jakimi na co dzień się borykają. Dlatego w dalszej części przedstawię główne trudności dzieci, młodzieży i dorosłych z ADHD oraz zobrazuję związek między podstawowymi zaburzeniami neuropsychiatrycznymi, których osiowymi objawami są nieuwaga, nadaktywność i impulsywność, a wyzwaniem, przed którymi staje osoba z ADHD. Choć diagnozę ADHD można postawić dopiero w wieku wczesnoszkolnym, to pierwsze objawy (jak wskażę to w dalszej części monografii) można zaobserwować w wieku niemowlęcym. Oznacza to, że osoby z ADHD od wczesnych lat zmagają się m.in. z własnymi gwałtownymi i nieadekwatnymi do sytuacji reakcjami emocjonalnymi oraz behawioralnymi, których nie potrafią zrozumieć, i nad którymi nie potrafią zapanować; nie potrafią w skupieniu wysłuchać tego, co mówią do nich inne osoby, nie kończą zabaw i zadanych prac domowych. Przytoczone objawy osiowe znacznie utrudniają lub uniemożliwiają opanowanie umiejętności skutecznego radzenia sobie w życiu codziennym. Osoby z ADHD mają deficyt w zakresie organizacji, planowania, radzenia sobie z tendencją do odkładania spraw na później, z rozpraszeniem i unikaniem. Zasygnalizowane trudności prowadzą do negatywnych konsekwencji, takich jak obniżone wyniki w nauce, brak sukcesów w życiu zawodowym, problemy z nawiązywaniem relacji rówieśniczych i partnerskich (także tych intymnych). Bagaż negatywnych doświadczeń, postrzeganych przez osoby z ADHD jako ich osobiste porażki, prowadzi do obniżenia poczucia własnej wartości. Negatywne myśli i przekonania odpowiadają za: poczucie winy, lęk, obniżenie nastroju, złość, agresję oraz autoagresję (zaburzenia opozycyjno-buntownicze, zaburzenia zachowania). Zarówno niska samoocena, jak i zaburzenia nastroju oraz zachowania wpływają na pogorszenie funkcjonowania osoby z ADHD, a tym samym powodują nasilenie objawów. Można zatem mówić o kole objawów, które wpływają na siebie (Safren i in., 2015, s. 18–19).

Znane są przykłady osób z ADHD, które mimo swojego zaburzenia dobrze funkcjonują w środowisku. Przyczyną pozytywnej adaptacji do otoczenia nie jest niskie nasilenie objawów, lecz występowanie bodźców zabezpieczających (zwanymi czynnikami chroniącymi), które powstrzymują daną osobę przed zachowaniami problemowymi. Rośnie liczba pozycji potwierdzających istnienie czynników, które chronią dzieci i młodzież z ADHD przed doświadczaniem negatywnych skutków zaburzenia. Badacze dokonali przeglądu 21 artykułów naukowych podejmujących ten

temat. Badania metaanalityczne koncentrowały się zwłaszcza na odporności w kontekście objawów ADHD lub diagnozy ADHD. Wiadomo, że czynnikiem *resilence* (odporności) dla osób z ADHD jest akceptacja społeczna. Chroni ona przed negatywnymi skutkami, takimi jak słabe wyniki w nauce lub współistniejąca depresja. Czynnikiem chroniącym dziecko z ADHD jest doświadczanie przez nie pozytywnego rodzicielstwa. W wymiarze indywidualnym tym, co chroni przed ryzykiem będzie poczucie własnej kompetencji pacjentów (Deault, 2010; Modesto-Lowe, Yelunina, Hanjan, 2011; Dvorsky, Langberg, 2016).

Pojawianie się objawów charakterystycznych dla ADHD oraz ich intensywność nie są zmienną stałą dla pojedynczego dziecka, lecz zależną od jego wieku i sytuacji, w której się ono znajduje. Barkley (2020, s. 163) na podstawie badań własnych wymienił sytuacje, w których nasilenie zachowań trudnych u dzieci z tym zaburzeniem jest szczególnie duże. Do wspomnianych sytuacji zaliczył: przebywanie w miejscach publicznych, takich jak supermarket, środki transportu publicznego, przychodnia lekarska (5,4)<sup>3</sup>, wizytę gości w domu (6,1), jak również odwiedziny u znajomych (5,4), jazdę samochodem (4,8), wykonywanie obowiązków domowych (5,6) czy wspólną zabawę z innymi (5,4)<sup>4</sup>.

Wśród rodziców i nauczycieli wciąż popularny jest pogląd, że z ADHD się wyrasta. Nie jest to jednak prawda (zob. m.in. Hinshaw, Owens, Sami, 2006). Jeśli mamy do czynienia z łagodną postacią ADHD u dziecka, zdarza się, że objawy ADHD wyciszają się wraz z wiekiem i w okresie dorosłości funkcjonuje ono na poziomie szeroko rozumianej normy. Nie można jednak liczyć na ten scenariusz, jeśli ADHD uwidacznia się już w wieku przedszkolnym. Rada, którą czasem słyszą rodzice, aby „wytrzymać, przeczekać przejawy ADHD”, nie wdrażając procesu diagnostyczno-terapeutycznego, jest niemoralna (Barkley, 2020, s. 41). Zostawia bowiem dziecko bez pomocy, narażając je na lata porażek i utwierdzając w poczuciu winy oraz niskiej wartości.

---

<sup>3</sup> W nawiasach podaję przeciętną intensywność zachowań trudnych w ocenie rodziców w skali od 1 (łagodna intensywność problemu) do 9 (poważna intensywność problemu) zaczerpniętą ze wspomnianej pozycji (Barkley, 2020).

<sup>4</sup> Podczas gdy – dla porównania – nasilenie zachowań problematycznych u dzieci bez diagnozy ADHD w wymienionych sytuacjach przedstawia się następująco: przebywanie w miejscach publicznych (2,7), wizyta gości w domu (1,6), odwiedziny u znajomych (1,5), jazda samochodem (1,7), wykonywanie obowiązków domowych (2,0) czy wspólna zabawa z innymi (1,6).

### 1.2.1. Funkcjonowanie społeczne osób z ADHD

Objawy ADHD w istotny sposób wpływają na zdolność osób z ADHD na nawiązywanie i utrzymywanie interakcji społecznych. Warto jednak podkreślić, że **dzieci z ADHD nie mają deficytu umiejętności społecznych**. Barkley (za: Bertin, *Autism...*, dostęp: 15.05.2021) w następujący sposób podsumował ich kompetencje w tym zakresie: „ADHD nie jest zaburzeniem polegającym na braku wiedzy, co robić, jest to zaburzenie polegające na nierobieniu tego, co się wie”. Dzieci z ADHD, w odróżnieniu od dzieci ze spektrum autyzmu, rozumieją zasady społeczne, intuicyjnie odczytują komunikaty społeczne, ale impulsywność, deficyt koncentracji uwagi, trudności w kontrolowaniu emocji sprawiają, że dzieci mają problemy w podążaniu za nimi.

Objawy nieuwagi sprawiają, że dzieci w czasie rozmowy z innymi **gubią szczegóły, nie potrafią śledzić i zapamiętać wszystkich informacji, szybko nudzi je temat rozmowy**, co jest interpretowane jako brak szacunku. Dzieciom z ADHD trudno utrzymać koncentrację na grze planszowej, gubią się w jej zasadach, nie pamiętają ich. Z tego powodu podczas gier są często oskarżane przez współzawodników o chęć oszukiwania. Ograniczona koncentracja uwagi i deficyt funkcji wykonawczych sprawiają, że **dzieciom z ADHD trudniej jest się zaangażować w zabawę czy inne wspólne działanie**. Szybciej od współgraczy chcą porzucić i zmienić zabawę, podczas gdy pozostali uczestnicy chcą ją kontynuować.

Wynikająca z nadaktywności **nadmierna gadatliwość** osoby z ADHD, chęć zawładnięcia rozmową i przeskakiwanie z tematu na temat często przytłaczają jej rozmówcę. Zarówno dzieci, jak i dorośli mają tendencję do mówienia dużo o sobie, nawet bardzo osobistych rzeczy. Odbierane jest to przez innych jako narzucanie się (podobnie jak impulsywne przerywanie rozmowy, zabawy lub innej aktywności). Impulsywne i wynikające z nadaktywności działania (dzieci te często „popisują się”) sprawiają, że osoby z ADHD bywają nie tylko obiektem żartów rówieśników, lecz także rówieśniczego odrzucenia, a nawet wykluczenia. Dzieciom z ADHD trudno jest się z tym pogodzić. Brak umiejętności panowania nad emocjami oraz impulsywność wyzwalają reakcje i zachowania (np. płaczliwość, ale także gniew, agresja czynna i bierna), które powodują narastanie konfliktu z innymi, a tym samym pogłębiają izolację.

Maria Deptuła (2019, s. 22), na podstawie analizy dostępnych badań, przedstawiła, czym wyróżniają się dzieci doświadczające odrzucenia.

W katalogu wyodrębnionych cech 30% można odnieść do opisu dzieci z ADHD. W sferze poznawczej predyktorem wykluczenia może być nieadekwatna, niska samoocena dziecka z ADHD<sup>5</sup>. Zdecydowanie więcej cech wspólnych dla dzieci doświadczających wykluczenia i dzieci z ADHD można znaleźć w sferze emocjonalnej. Są to:

- większa częstotliwość przeżywania emocji odbieranych jako przykre (np. gniew i smutek);
- poczucie samotności, lęk społeczny, objawy depresji;
- trudności w samokontroli emocjonalnej (nadpobudliwość, impulsywność, nieumiejętność odraczania gratyfikacji);
- trudności w radzeniu sobie z niepowodzeniami szkolnymi i przyjmowanie niedojrzałych sposobów ich rozwiązywania<sup>6</sup>.

W ostatnim obszarze wskazanym przez Deptułę (2019) – sferze behawioralnej – także można odnaleźć predyktory wykluczenia rówieśniczego, które dotyczą dzieci z ADHD. Wśród nich znalazły się:

- skrajne postawy podczas nawiązywania kontaktów – od nieśmiałości, poprzez wycofanie się, do nadaktywności (narzucania się);
- nieprawidłowe zwracanie się do nauczyciela, przeszkadzanie na lekcjach (m.in. gadatliwość, przerywanie wypowiedzi nauczycielowi i kolegom w klasie, wrywanie się do odpowiedzi, czyli cechy bezpośrednio wynikające z nadaktywności i impulsywności, są często postrzegane przez nauczyciela czy innych uczniów jako brak kultury, celowe przeszkadzanie);
- większa częstotliwość zachowań destrukcyjnych, antyspołecznych i buntowniczych, w tym nieodrabianie prac domowych i wagary (opis ten może być prawdziwy dla dziecka z ADHD, jeśli zespół nadpobudliwości z deficytem uwagi współlistnieje z zachowaniami opozycyjno-buntowniczymi).

Dzieci z ADHD bywają także przedmiotem przemocy rówieśniczej. Piotr Plichta (2016) dokonał przeglądu literatury dotyczącej zaangażowania

---

<sup>5</sup> Pozostałe z wyróżników sfery poznawczej wymienione przez Deptułę (2019) nie dotyczą dzieci z ADHD, ponieważ, jak wcześniej wspomniałam, nie mają one obniżonej sprawności intelektualnej. Wiedzą, jak się zachowywać w kontaktach z innymi, a także intuicyjnie rozumieją sytuacje społeczne.

<sup>6</sup> Z listy wyróżników autorstwa Deptuły (2019) wyłączałam obniżony poziom wrażliwości na potrzeby innych, niski poziom poczucia humoru, choć niektóre dzieci z ADHD są bardzo wrażliwe na krytykę i bardzo źle reagują na żarty, które ich dotyczą.



uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w przemoc rówieśniczą. Na tej podstawie wyodrębnił trzy stanowiska:

- dzieci ze SPE mają zwiększone ryzyko stania się ofiarą;
- dzieciom ze SPE częściej niż dzieciom bez diagnozy specjalnych potrzeb edukacyjnych grozi ryzyko stania się zarówno ofiarą, jak i sprawcą przemocy rówieśniczej;
- zaangażowania w agresję i przemoc nie należy łączyć ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, lecz takimi czynnikami, jak brak świadomości problemu wśród nauczycieli i rodziców, niewłaściwy sposób pracy z uczniami, brak przyjać (Plichta, 2016).

### 1.2.2. Funkcjonowanie emocjonalne osób z ADHD

Chociaż przejawy rozregulowania emocjonalnego (np. irytacja, gniew) są fundamentalnym doświadczeniem osób z ADHD, to pomija się je w większości narzędzi diagnostycznych<sup>7</sup>. Nie są one traktowane jako symptomy ADHD. Ich występowanie tłumaczone jest raczej współwystępującymi zaburzeniami, takimi jak: zaburzenie o destrukcyjnej regulacji nastroju (DMDD<sup>8</sup>), choroba dwubiegunowa, zaburzenie eksplozywne przerywane (IED), depresja, zaburzenia lękowe i zaburzenia opozycyjno-buntownicze (ODD). Jednak nawet gdy wymienione choroby współistnieją są kontrolowane, osoby z ADHD wciąż mają trudności z radzeniem sobie

<sup>7</sup> W połowie XX w., kiedy ADHD było znane jako „minimalna dysfunkcja mózgu”, kryteria diagnozy obejmowały aspekty negatywnej emocjonalności (Nigg, *The ADHD-anger...*, dostęp: 14.05.2021).

<sup>8</sup> Wprowadzenie do klasyfikacji DSM-5 zaburzenia o destrukcyjnej regulacji nastroju było związane ze zbyt częstym, nieuzasadnionym stawianiem diagnozy zaburzenia dwubiegunowego u dzieci, u których depresja przejawiała się stałą drażliwością i częstymi epizodami znacznie nasilonych zaburzeń kontroli zachowań. W latach 90. XX w. psychiatrzy błędnie zakładali, że drażliwość u dzieci występuje zamiast manii, która jest objawem choroby afektywnej dwubiegunowej. Niewłaściwie zdiagnozowane dzieci poddawane były farmakoterapii psychotropowej. Obecnie wiadomo, że drażliwość nie jest objawem ukrytej choroby afektywnej dwubiegunowej u dzieci. Może pojawić się również jako cecha uboczna manii, która z kolei jest główną cechą choroby afektywnej dwubiegunowej. Dzieci, u których obserwowano drażliwość i trudności z panowaniem nad zachowaniem po osiągnięciu adolescencji, częściej otrzymywały diagnozę zaburzeń lękowych lub depresyjnych niż zaburzeń dwubiegunowych (Łojko, Suwalska, Rybakowski, 2014). Większość pacjentów spełniających kryteria DMDD ma zdiagnozowane ADHD o ciężkim przebiegu, czasami z towarzyszącymi zaburzeniami lękowymi lub ODD. Wprowadzenie do DSM-5 zaburzenia DMDD miało zapobiec stawianiu błędnych diagnoz choroby afektywnej dwubiegunowej u dzieci (Nigg, *The ADHD-anger...*, dostęp: 14.05.2021).

z emocjami i doświadczają nieproporcjonalnych reakcji gniewu oraz drażliwości. Trudno zatem tłumaczyć współwystępowaniem tych zaburzeń problemów emocjonalnych, z którymi na co dzień borykają się osoby z ADHD. Dlatego też objawy emocjonalne są coraz częściej uważane za podstawową cechę ADHD. Opublikowane w 2020 r. badania wykazały, że genetyczna skłonność do ADHD jest bezpośrednio związana z większością cech opisujących trudności z kontrolą emocji, takich jak: drażliwość, napady złości i nadmiernie żywiołowe poszukiwanie doznań (Nigg i in., 2020). Dzięki doniesieniom naukowym wiadomo również, że ok. 70% dorosłych z ADHD (Beheshti, Chavanon, Christiansen, 2020) i 80% dzieci z tym zaburzeniem (Karalunas i in., 2019) zgłasza problemy z regulacją emocji. Joel Nigg (*The ADHD-anger...*, dostęp: 14.05.2021), psycholog kliniczny oraz profesor na Wydziale Psychiatrii i Nauk Behavioralnych w OHSU (Oregon Health & Science University), postawił hipotezę, że ADHD należy traktować jako zaburzenia samoregulacji zachowań, uwagi i emocji. Trudności, które należałoby włączyć do objawów klinicznych zaburzenia, odnoszą się do takich obszarów, jak:

- **drażliwość**, która objawia się utrzymującym się, chronicznym negatywnym nastrojem, niską tolerancją frustracji, niecierpliwością, epizodami napadów złości, agresją, większą pobudliwością emocjonalną;
- **labilność**, czyli częste zmiany nastroju w ciągu dnia;
- **intensywność uczuć i emocji**, czyli tendencja do intensywnego doświadczania uczuć i emocji;
- **zaburzona zdolność do regulacji emocjonalnej** (rozregulowanie emocjonalne), czyli ogólna trudność osoby z ADHD dostosowania stanu emocjonalnego i intensywności jego przeżywania do sytuacji, ograniczona zdolność do samodzielnego uspokojenia oraz wyciszenia silnej emocji w celu zmniejszenia jej nasilenia;
- **trudność z rozpoznawaniem uczuć innych ludzi**, która oznacza, że osoby z ADHD mogą nie zauważać emocji innych ludzi, do czasu aż ktoś im o nich powie (Beheshti, Chavanon, Christiansen, 2020; Barkley, *DESR...*, dostęp: 24.09.2021).

Wymienione trudności sprawiają, że osoby z ADHD postrzegają je jako niełatwe do opanowania. Mówią, że emocje są tym, co ich zalewa i wygrywa z nimi.

Wpływ objawów związanych z samoregulacją emocji jest tak znaczny, że pojawiają się sugestie, poparte wynikami badań, do wydzielenia odrębnego



**podtypu ADHD – drażliwego.** Zespół badaczy składający się z pracowników naukowych Wydziału Psychiatrii i Nauk Behawioralnych OHSU (Oregon Health & Science University) oraz Wydziału Psychologii FIU (Florida International University) wyodrębnił **trzy profile temperamentalne u dzieci z ADHD:**

- łagodny (dzieci o normatywnym funkcjonowaniu emocjonalnym);
- o wysokim natężeniu surgencji;
- o wysokim natężeniu drażliwości.

W swoich badaniach wykazali ponadto, że ok. 30% uczestniczących w nich dzieci z ADHD miało bardzo wysoki poziom gniewu i znaczne trudności z uspokojeniem się, czyli powrotem do stanu wyjściowego przed epizodem gniewu, co jest spójne z profilem podtypu charakteryzującego się drażliwością. Badacze podkreślili, że profil drażliwy nie daje się zredukować do ADHD ze współistniejącymi zaburzeniami opozycyjno-buntowniczymi, zaburzeń nastroju bądź innych. Dzieci z tej podgrupy prezentują inne zachowania niż dzieci z ADHD i wymienionymi zaburzeniami współistniejącymi. W testach *eye-tracking* stwierdzili, że dzieci z podtypu drażliwego miały większe problemy, w porównaniu z dziećmi z innych grup, z odwróceniem uwagi od nieszczęśliwych twarzy, które zostały im pokazane. Prawidłowości tej nie zaobserwowali w przypadku ekspozycji szczęśliwych twarzy (Karalunas i in., 2019).

### 1.2.3. Zaburzenia zachowania u osób z ADHD

Najbardziej widocznym objawem ADHD jest **nadaktywność**. Jej obraz przybliżają słowa matki chłopca<sup>9</sup> z ADHD, które przywołuję za Hołubem (2020, s. 43):

Od początku był niespokojny, nie mógł usiedzieć w wózku. Musieliśmy go brać na ręce i kołysać, bo płakał. Jednak prawdziwe problemy zaczęły się, kiedy nauczył się chodzić. Biegał po wszystkich murkach, wdrapywał się na każdy płótek, w sklepach wspinał się na półki. Wystarczyło, że puściłam jego rączkę a od razu biegł przed siebie. Nie patrzył, czy ktoś idzie, jakby zawsze miał pierwszeństwo. Na spacerach musiałam mieć oczy dookoła głowy, bo uciekał. Nieważne, czy byliśmy w parku,

<sup>9</sup> W literaturze przedmiotu wciąż rzadkość stanowią charakterystyki zachowania dziewcząt z ADHD.

czy na ruchliwej ulicy. Bałam się, że wpadnie pod samochód albo pod rower. Nie zatrzymywał się przed przejściem dla pieszych. W połowie pasów przypominał sobie, że wypadałoby sprawdzić, czy coś jedzie.

Barkley (2020, s. 75) wspomina, że w szerszym odbiorze społecznym nadmierna ruchliwość dzieci często jest traktowana jako prawidłowość rozwojowa. Troska rodziców i nauczycieli dzieci z ADHD to przesadna reakcja na „normalne” zachowania, to nadwrażliwość opiekunów lub „rozdmuchiwanie” przez nich problemu. Autor (terapeuta) łączy opisaną postawę z trudnością w ocenie tego, co jest normalnym poziomem aktywności dziecka.

Ponadprzeciętną aktywność motoryczną dzieci z ADHD udowodniono w badaniach z 1983 roku. W eksperymencie uczestniczyli chłopcy z ADHD i bez ADHD. Poziom aktywności i ruchliwości chłopców z obu grup był mierzony za pomocą przenośnego monitora półprzewodnikowego. Przez siedem dni i siedem nocy urządzenie rejestrowało zachowanie dzieci podczas codziennych aktywności. Osoby z nadpobudliwością psychoruchową wykazywały ogólnie wyższy poziom aktywności ruchowej niż osoby z grupy kontrolnej. Prawidłowość ta była prawdziwa niezależnie od pory dnia, w tym także podczas snu badanych i w weekendy. Nie znaleziono korelacji między poziomem aktywności i ruchliwości a wymaganiami otoczenia (np. ustrukturyzowanie zadań). Potwierdzono tym samym, że przewaga prostych zachowań motorycznych jest cechą immanentną zachowania nadpobudliwego (Porrino i in., 1983).

Zespół naukowców z Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, dokonując oceny aktywności dzieci z ADHD (32 chłopców i pięciu dziewcząt), posłużył się metodą aktografii. Metoda ta daje możliwość dokonania obiektywnych pomiarów aktywności motorycznej. Aktograf to mini-komputer, który dzieci mogły nosić na przegubie, co zapewniło swobodę i wygodę ruchów. Zmienną różnicującą w badaniach był wiek dzieci, płeć, jak również podtyp ADHD. Czternastu pacjentów miało rozpoznany podtyp z przewagą zaburzeń uwagi, 23 zaś – podtyp mieszany. Podczas trwającej trzy doby obserwacji nie zanotowano różnic w aktywności dzieci z podtypami ADHD: z przewagą nieuwagi i mieszanym. Wyniki pomiaru aktywności były zatem niespójne z oceną kliniczną dzieci. Na tej podstawie autorzy podają w wątpliwość tezę o większej aktywności dzieci z podtypem mieszanym w porównaniu z dziećmi z podtypem z przewagą zaburzeń uwagi (Dąbkowska, Pracki, Pracka, 2007).

Do objawów w sferze motorycznej zalicza się wzmózoną ekspansję ruchową, która u dzieci z ADHD manifestuje się zbyt intensywnym zachowaniem (np. stale się przemieszczają, biegają, chodzą bez celu, prowokują innych do zabaw ruchowych). W trakcie lekcji, kiedy nie mogą w pełni zrealizować potrzeby ruchu, ciągle zmieniają pozycję swojego ciała, opierają się na łokciach, nagminnie poruszają palcami, bawią się długopisem, gumką do ścierania, zabawką lub innym przedmiotem (jeśli frustracja jest duża, wtedy przedmiot ten ulega zniszczeniu), mruczą lub śpiewają pod nosem, wyrzucają się do odpowiedzi lub mówią niezapytane. Czasem nadpobudliwość psychoruchowa objawia się bardzo drobnymi ruchami, które dziecko wykonuje w obrębie swojego ciała, np. ciągle poprawianie okularów oraz włosów, zapinanie i rozpinanie guzików w ubraniach, zabawa palcami rąk czy obgryzanie paznokci (Wiącek, 2004, s. 10). Czynności powtarzane najczęściej zmieniają się w nawyki ruchowe dziecka. Z czasem mogą stać się ruchami przymusowymi, co oznacza, że dziecko będzie miało kłopoty z ich opanowaniem.

Stwierdzenie, że dziecko z ADHD jest zbyt ruchliwe jest uproszczeniem, ponieważ nie uwzględnia ono przyczyn tego stanu rzeczy. Nadmierna aktywność dzieci z ADHD jest skutkiem ich podwyższonego poziomu reaktywności. Dzieci z ADHD częściej i bardziej intensywnie niż dzieci bez ADHD reagują na docierające do nich bodźce. Szybciej niż rówieśnicy podejmują działania i wydają na nie więcej energii, to sprawia, że ich zachowanie wydaje się być nieadekwatne do sytuacji. Barkley (2020, s. 76) uważa, że zamiast określenia „nadaktywność” bardziej odpowiednim pojęciem, opisującym z czym borykają się dzieci z ADHD, byłby termin „nadreaktywność”.

Powikłaniem nieleczonego ADHD, czy mówiąc inaczej zaburzeniem współwystępującym u dzieci z ADHD, są **zaburzenia opozycyjno-buntownicze**<sup>10</sup>. Dlaczego cechy ADHD mogą być związane z problemami w zachowaniu, tłumaczą autorzy adaptacji testu CONNERS 3 – Radosław

<sup>10</sup> DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2013) wyróżnia zaburzenia opozycyjno-buntownicze jako osobną kategorię diagnostyczną. Zaburzenie to tłumaczone jest w DSM-5 jako wzorzec „[...] negatywnych, wrogich i buntowniczych zachowań, które utrzymują się przez okres co najmniej 6 miesięcy”. Aby zdiagnozować to zaburzenie zgodnie z DSM-5, należy stwierdzić występowanie przynajmniej czterech spośród następujących zachowań: „(1) osoba często traci panowanie nad sobą, (2) często kłóci się z dorosłymi, (3) często buntuje się lub odmawia zastosowania się do wymagań lub zasad wyznaczanych przez dorosłych, (4) często rozmyślnie dokucza innym, (5) często obwinia innych za własne błędy lub niewłaściwe zachowanie, (6) często

Wujcik i Emilia Wrocławska-Warchała. Z uwagi na nadaktywność dziecka z ADHD jego nieodpowiednie zachowanie będzie szybciej zauważone niż zachowanie tzw. typowego dziecka<sup>11</sup>. Jeśli przyjmujemy założenie, że „typowe” dziecko zachowa się nieodpowiednio raz na 10 podejmowanych aktywności, to dziecko z ADHD zachowa się nieodpowiednio 10 razy na 100 podejmowanych aktywności (uwzględniając nadaktywność wynikającą z ADHD i zakładając, że jest ona dziesięciokrotnie większa niż dziecka bez ADHD). To oznacza, że mimo jednakowej proporcji zachowań odpowiednich i nieodpowiednich u dziecka z ADHD i tzw. typowego, to niewłaściwe zachowanie dziecka z ADHD ma większą szansę być zauważone (ze względu na stosunek 10 : 1). W przypadku dziecka z ADHD proporcja zachowania odpowiedniego do nieodpowiedniego może być jednak jeszcze większa, co wynika z jego impulsywności, spontaniczności, emocjonalności (CONNERS 3, s. 28). Oczywiście samo zauważenie niewłaściwych zachowań dzieci z ADHD przez nauczycieli lub rodziców nie jest jeszcze przyczyną powstania zaburzenia opozycyjno-buntowniczego. Kluczowy jest sposób reakcji dorosłych na wynikające z objawów ADHD zachowanie dziecka. Jeśli opiekunowie upominają dziecko publicznie (np. na forum klasy, na przyjęciu rodzinnym) lub wymierzają kary za zachowanie, które jest niezależne od jego woli, czuje się ono niezrozumiane, potraktowane niesprawiedliwie. Jeśli sytuacja się powtarza, dziecko utwierdza się w przekonaniu, że niezależnie od tego, czy stara się, czy też nie, zawsze zostanie ukarane. Uruchamia się tym samym mechanizm samospełniającego się proroctwa. Powtarzany przez rodziców komunikat: „Z Tobą są zawsze problemy, jesteś niezdolna/niezdolny” sprawia, że dziecko zaczyna o sobie myśleć: „Jestem zła/zły, nikomu na mnie nie zależy”. Przekonanie to prowadzi dziecko do buntu, przejawiającego się łamaniem norm, zachowaniami agresywnymi, reakcjami ucieczkowymi. Te z kolei prowokują opiekunów do powielenia znanych dziecku informacji zwrotnych: „Z Tobą są zawsze problemy, jesteś niezdolna/niezdolny”. Powtarzanie tego schematu sprawia, że w dziecku utrwała się negatywny wizerunek własnej osoby. Ponawia ono złe zachowanie, które z czasem staje się nawykiem, i coraz rzadziej próbuje zachowywać się w sposób pożądaný społecznie. W ten

---

jest przewrażliwiona lub drażliwa wobec innych, (7) często jest gniewna lub rozżalona, (8) często jest złośliwa lub mściwa”.

<sup>11</sup> Określenie autorów adaptacji testu CONNERS 3.

sposób dziecko wchodzi w rolę tzw. złego dziecka. Nawykowe, niewłaściwe zachowania pełnią funkcję mechanizmu obronnego – dziecko jest przekonane, że chronią je przed kolejnymi przykrymi przeżyciami (Karasowska, *Uczeń...*, dostęp: 8.05.2021). Współwystępowanie ADHD z zachowaniami agresywnymi, zaburzeniami opozycyjno-buntowniczymi oraz zaburzeniami zachowania, w opinii Petera S. Jensena, Davida Martina i Dennisa P. Cantwella (1997), uzasadniają wyodrębnienie **dwóch nowych podtypów ADHD: agresywnego i lękowego**.

Przejawy agresji, które według oceny psychiatrycznej kwalifikują się do zaburzeń opozycyjno-buntowniczych lub zaburzeń zachowania, zdaniem jednych badaczy można zaobserwować u ponad połowy dzieci z ADHD (Hinshaw, 1987), zdaniem innych występują one u 25% chłopców z ADHD i 10% dziewcząt z ADHD (*What is...*, dostęp: 8.05.2021). Problemy ok. 40% tych dzieci będą się stopniowo nasilać, prowadząc do zaburzeń zachowania (*What is...*, dostęp: 8.05.2021).

#### 1.2.4. Funkcje poznawcze u osób z ADHD

Dzięki badaniom naukowym dysponujemy danymi ilościowymi, które pomagają zrozumieć **zaburzenia koncentracji** u dzieci z ADHD. Badania, w których porównywane są zdolności koncentracji uwagi dzieci z ADHD i bez ADHD, pokazują, że te pierwsze mają węższy zakres uwagi w odniesieniu do większości zadań. Jednak tym, co sprawia im największą trudność jest utrzymywanie uwagi przez dłuższy czas. Umiejętność koncentracji na nudnych i wymagających wysiłku zadaniach jest o 30% mniejsza u osób z ADHD niż u tych, które nie cierpią na to zaburzenie. W związku z tym np. dziesięciolatek z ADHD ma wykształconą zdolność koncentracji na poziomie siedmiolatka i wciąż potrzebuje wsparcia dorosłych w zorganizowaniu mu nauki, a czasem i codziennych czynności (Barkley, 2020, s. 64).

Dzieci z ADHD często „skaczą od zadania do zadania”, nie kończąc żadnego z nich. Jeśli czas potrzebny na wykonanie zadania jest dłuższy niż ten, w którym dziecko jest w stanie utrzymać koncentrację, to porzuca ono wykonanie zadania i zaczyna zajmować się innym. Utrzymywanie stałego skupienia się jest wyzwaniem wyczerpującym psychicznie, związanym z doświadczaniem dyskomfortu, a nawet bólu (*When focus...*, dostęp: 30.04.2021). Chęć zrealizowania wyznaczonego celu wiąże się z wysiłkiem, który powoduje bardzo szybkie zmęczenie dziecka.

O ile trwałość uwagi i zakres uwagi są zdecydowanie słabsze u dzieci z ADHD, o tyle najnowsze badania dowodzą, że dzieci te nie mają trudności z filtrowaniem informacji, czyli odróżnianiem elementów istotnych od nieistotnych (Barkley, 2020, s. 65–67).

Na czym zatem polega skłonność do rozpraszania się dzieci z ADHD? Dzieci te charakteryzują się silniejszą reakcją niż rówieśnicy na okoliczności niezwiązane z wykonywaną pracą. Jeśli już doszło do rozproszenia, większą trudność, a tym samym dłuższy czas, zajmuje im powrót do głównej aktywności. Problemem tym zajmowali się David A. Bremer i John A. Stern (1976). Badacze zaaranżowali sytuację eksperymentalną, w której hiperaktywni chłopcy i chłopcy z grupy kontrolnej bez cech nadaktywności byli proszeni o wykonanie zadania czytania w warunkach ciszy oraz warunkach rozpraszających. Skłonność do przerywania czytania w momencie wprowadzenia czynnika zakłócającego (dzwoniący i świecący telefon lub układy falujących linii na ekranie w tym samym pomieszczeniu, w którym znajdowali się czytający chłopcy) była nieznacznie większa u chłopców z ADHD. Badacze zaobserwowali natomiast znaczącą różnicę w czasie poświęcanym dystraktorowi: chłopcy z ADHD zajmowali się nim przez średnio 18 sekund, podczas gdy chłopcy z grupy kontrolnej bez ADHD tylko pięć sekund.

Na rozkojarzenie dziecka, poza opisanymi wcześniej dystraktorami, wpływa także szybsza utrata zainteresowania pracą, a tym samym popadanie w nudę. Nauka stawia różne hipotezy, próbując wyjaśnić przyczyny wspomnianej prawidłowości. Pierwsze przypuszczenie zakłada, że dzieci z ADHD mają niższy poziom pobudzenia mózgu, dlatego poszukują stymulacji, która umożliwi im utrzymanie jego funkcjonowania na odpowiednim poziomie. Drugie przypuszczenie głosi, że za stan częstego znudzenia może odpowiadać słabsza reakcja na wzmocnienia, przejawiająca się szybszą utratą poczucia satysfakcji z otrzymanej nagrody. Niezależnie od przyczyny, stan częstszego od rówieśników popadania w nudę dzieci z ADHD sprawia, że przez naukowców są one nazywane „łowcami stymulacji”.

Skłonność do rozproszenia uwagi wiązana jest z tendencją dzieci z ADHD do angażowania się w czynności, które są bardziej stymulujące bądź interesujące niż ich bieżące powinności. Okazuje się, że redukcja liczby bodźców nie jest najskuteczniejszą metodą walki z rozproszeniem uwagi (Bremer, Stern, 1976). Udowodniono, że określone bodźce nie rozpraszają



dziecka podczas nauki, lecz nawet mogą wpływać na poprawne wykonanie zadań. Dwudziestu chłopców z ADHD i jednakowa liczba chłopców bez ADHD z grupy porównawczej w ramach badań pracowało nad zadaniem arytmetycznym w warunkach: (1) wysokiej stymulacji (muzyka), (2) niskiej stymulacji (mowa) oraz (3) bez stymulacji (cisza). Trudność zadań matematycznych była dostosowana do umiejętności badanych, muzyka zaś, pełniąc funkcję dystraktora, była zgodna z ich preferencjami muzycznymi. Badani z ADHD znacznie lepiej radzili sobie z wykonywaniem zadań matematycznych przy akompaniamencie muzycznym niż w warunkach mowy lub ciszy. Tymczasem w przypadku chłopców z grupy kontrolnej zmiana warunków/dystraktora nie różnicowała w istotny sposób wykonania zadań arytmetycznych (Abikoff i in., 1996). Dowiedziono również, że dodatkowe bodźce wzrokowe w postaci wielobarwnych materiałów do pracy działały pozytywnie na poprawność wykonania zadań u osób z ADHD (Zentall, Falkenberg, Smith, 1985).

**Zaburzenia uwagi** mogą rzutować na **problemy z pamięcią**. Aby przechować informację w pamięci, człowiek musi uświadomić sobie, co chce zapamiętać, czyli skupić na niej uwagę. Informacja musi być przechowywana w zorganizowany sposób. Tymczasem dzieciom z ADHD brakuje umiejętności strategicznych i organizacyjnych. Skutkuje to tym, że dziecko może nie móc sobie przypomnieć informacji bez pomocy innej osoby (np. dziecko może nie pamiętać, że ma zadaną pracę domową, jeśli przykładowo nie zada mu się pytania o numer ćwiczenia, które ma wykonać). Dzieci z ADHD mają deficyty pamięci operacyjnej (CONNERS 3, s. 27–29). Pomiarzy elektroencefalograficzne, przeprowadzone podczas wykonywania przez dzieci z ADHD w wieku od 7. do 14. r.ż. zadania angażującego przestrzenną pamięć roboczą, wykazały upośledzenie kodowania bodźców (procesu składowego pamięci roboczej). W tym czasie pozostałe zadania centralnego systemu wykonawczego realizowane były prawidłowo. Zaburzenie w obszarze bieżącego przetwarzania ma wpływ na funkcje wykonawcze, a także, choć w mniejszym stopniu, na czytanie ze zrozumieniem (Lenartowicz i in., 2009).

Potwierdzony empirycznie silny związek między pamięcią roboczą a ADHD sugeruje, że poprawa funkcjonowania pamięci roboczej może mieć wpływ na zmniejszenie nasilenia objawów ADHD. Hipotezę tę potwierdzają wyniki badań (Baddeley, 2000; Klingberg i in., 2005; Shalev, Tsal, Mevorach, 2007; Holmes, 2009). Enrico Mezzacappa i John C. Buckner (2010)

poddali dzieci z ADHD treningowi pamięci roboczej za pomocą programu „RoboMemo”<sup>12</sup>. Po trwających codziennie przez pięć tygodni ćwiczeniach odnotowano u badanych dzieci poprawę pamięci oraz zachowania (Mezzacappa, Buckner, 2010). Dostępne są także wyniki badań, które zwracają uwagę na ograniczoną skuteczność „RoboMemo” w odniesieniu do objawów osiowych ADHD (Zach, Kenny, Randall, 2012). Przyczyną małej efektywności tego i innych treningów jest prawdopodobnie niewystarczające ich ukierunkowanie. Nie angażują one składników pamięci roboczej, które są powiązane z upośledzeniem uwagi, impulsywności i nadaktywności u osób z ADHD (Kofler i in., 2018). Badania skuteczności treningów pamięci na redukcję objawów ADHD wciąż nie należą do licznych. Naukowcy na podstawie dotychczasowych doświadczeń stwierdzili, że pytania badawcze kolejnych poszukiwań powinny się skupiać na tym, które funkcje pamięci roboczej należy trenować, i w jakim stopniu można liczyć na transfer rezultatów treningów pamięci na koncentrację uwagi oraz problemy z zachowaniem dzieci z ADHD (Kokkalia, Drigas, 2015).

Dzięki badaniom zespołu w składzie Sunneta Kercood, Tara T. Lineweaver i Jennifer Kugler (2015) dostępna jest wiedza na temat zasobów pamięci operacyjnej u osób z ADHD. Badani (91 studentów obu płci: 47 z nich to osoby ze stwierdzonym ADHD, pozostali stanowili grupę porównawczą) wypełniali testy diagnozujące słuchową i wzrokowo-przestrzenną pamięć operacyjną (czyli magazyn fonologiczny i podręczny magazyn wzrokowy, składowe centralnego systemu wykonawczego w pamięci roboczej). We wspomnianej grupie studentki, niezależnie od diagnozy (z ADHD czy bez ADHD), osiągnęły znacznie wyższy wynik w teście wzrokowo-przestrzennej pamięci roboczej, podczas gdy biorące udział w badaniu studentki z ADHD miały więcej trudności z poprawnym wykonaniem testu słuchowej pamięci operacyjnej, niż ich rówieśniczki bez ADHD. Zaskoczeniem dla badaczy było to, że w tym samym teście lepsze wyniki uzyskali studenci płci męskiej z ADHD w porównaniu ze studentami płci męskiej z grupy porównawczej (Kercood, Lineweaver, Kugler, 2015).

---

<sup>12</sup> Na trening Cogmed RoboMemo® składa się co najmniej 25 codziennych sesji, trwających po ok. 30–45 minut. Pojedynczy trening obejmuje ćwiczenia wykorzystujące odwrócenie kolejności liter, cyfr oraz zadania wzrokowo-przestrzenne. Zadania przyjmują postać mini gier, dostosowanych do możliwości użytkownika. Specjalnie opracowany algorytm programu zapewnia indywidualizację treningu, poprzez zwiększanie lub zmniejszanie poziomu trudności zadań. Na polskim rynku jest dostępna, dedykowana dla osób z ADHD, aplikacja Cognitomnia (Srebnicki, Bryńska, 2016).



Impulsywność osób z ADHD prowadzi je do podejmowania działań lub mówienia czegoś bez uprzedniego zastanowienia się nad tym. Impulsywność może przejawiać się skłonnością do nałogów, ryzykownych zachowań seksualnych, niezdrowego odżywiania, prześladowania ludzi w mediach społecznościowych czy kłopotów finansowych (będących skutkiem m.in. impulsywnych zakupów czy inwestycji). Wszystkie wymienione aktywności są przykładami podejmowania zbyt wielkiego ryzyka, które niezwykle rzadko przynosi pozytywne skutki. Dzięki wywiadam z osobami z ADHD wiadomo, że impulsywność wpływa także na ich proces myślenia. **Myślenie impulsywne**, bo o nim tutaj mowa, sprawia, że osoby z ADHD mają trudności z hamowaniem myśli niezwiązanych z bieżącą pracą (Barkley, 2020, s. 74). Badania na temat myśli impulsywnych u studentów z ADHD prowadzili Geraldine A. Shaw i Leonard M. Giambra (1993). Badanych poproszono o wzięcie udziału w teście czujności. Ich zadaniem było obserwowanie znaków wyświetlających się na ekranie i naciśnięcie spacji w momencie pojawienia się litery x na środku ekranu. Dodatkowo studenci mieli odnotowywać, czy w czasie wykonywania testu pojawiły się u nich myśli niezwiązane z zadaniem, zarówno te celowe, jak i spontaniczne, oraz ile ich było. Eksperyment wykazał, że studenci, którym w dzieciństwie postawiono diagnozę ADHD (z przewagą deficytu uwagi lub nadpobudliwości), podczas testu czujności częściej naciskali przycisk spacji w nieodpowiednim momencie oraz częściej doświadczali spontanicznych myśli niezwiązanych z zadaniem. Test czujności jest przykładem tzw. nudnego zadania. Podczas wykonywania tego rodzaju zadań osoby z ADHD mają wyższy poziom nieświadomego przetwarzania i słabą kontrolę hamowania, a tym samym większą częstotliwość spontanicznych, natrętnych myśli (Shaw, Giambra, 1993).

W opisach objawów osób z ADHD pojawia się doświadczanie nadmiernej spontanicznej **wędrówki umysłu**<sup>13</sup>. Objaw ten odnosi się do stałej aktywności umysłowej, której brakuje stabilności tematu i spójności treści (Bozhilova i in., 2018). Większa częstotliwość pojawiania się wędrówki umysłu u osób z ADHD w porównaniu z osobami z grupy kontrolnej została potwierdzona empirycznie (Moukhtarian i in., 2020). Błądzenie myśli lub inaczej natrętny nieuporządkowany ciąg myśli koreluje z częstszym

---

<sup>13</sup> Angielski termin *mind wandering* jest często używany w formie skrótu MW i tłumaczony na język polski jako wędrówka umysłu.

doświadczeniem bezsenności u osób dorosłych z ADHD (Madioun i in., 2020). Zarówno badania myśli impulsywnych, jak i wędrówki umysłu są prowadzone zwykle wśród osób dorosłych. Są one w stanie bardziej świadomie obserwować swoje myśli i umieją je opisać.

Trudności uczniów z ADHD w realizowaniu np. prac długoterminowych, rozciągniętych w czasie są związane z mechanizmem odraczenia gratyfikacji i kontroli impulsów. Nastolatkom z ADHD i bez ADHD zaproponowano nagrody pieniężne. Ich wartość wzrastała wraz z odroczonego czasem ich otrzymania. Grupa nastolatków z ADHD, w porównaniu z grupą kontrolną bez ADHD, znacznie częściej wybierała natychmiastowe otrzymanie mniejszej kwoty. Opóźnione większe nagrody finansowe były znacznie rzadziej wybierane. Wynika z tego, że w różnych codziennych sytuacjach osoby z ADHD będą z większym prawdopodobieństwem wybierać zobowiązania wiążące się z otrzymaniem natychmiastowych, chociaż nie zawsze większych, korzyści. Trudno im bowiem dostrzec wartość zadań, których gratyfikacja jest odroczone w czasie (Barkley i in., 2001).

Dziecko, które boryka się z problemami z koncentracją i kontrolą impulsów, często wybiera tzw. drogę na skróty. To **strategia przetrwania polegająca na wydatkowaniu znacznie mniejszej energii i czasu na zadania nudne lub nieprzyjemne** (np. zadania szkolne). W związku z tą prawidłowością Barkley (2020) poleca pod rozwagę, czy rekomendować dostosowanie<sup>14</sup>, polegające na przydzielaniu uczniom z ADHD większego limitu czasu na wykonanie zadań, np. w teście egzaminacyjnym czy podczas lekcji. Nawet jeśli uczniowie w trakcie sprawdzianu będą mieli więcej czasu do dyspozycji, to z dużym prawdopodobieństwem pójdą swoim znanym, utartym szlakiem, czyli „na skróty”, a podarowany im czas spędzą, np. udając, że pracują nad wykonaniem zadania. Barkley (2020, s. 71–72) uważa, że uczniowie z ADHD powinni otrzymać tyle samo „czasu zasadniczego” (czyli czasu potrzebnego na wykonanie zadań), ile uczniowie bez ADHD. Różnica w rekomendowanym dostosowaniu miałaby polegać jedynie na odliczaniu od czasu zasadniczego czasu wykorzystanego na zachowania ucznia wynikające z ADHD (np. wstanie, krótki spacer po sali). Barkley

---

<sup>14</sup> W opiniach psychologiczno-pedagogicznych specjaliści formułują dostosowania wymagań edukacyjnych wynikających z programu nauczania do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia.

nazywa to rozwiązanie strategią „czas stop – czas start”. Pozwala ona kontrolować tempo pracy, podzielić egzamin na części, a tym samym poprawić efektywność pracy ucznia (Barkley, 2020, s. 71–72).

Jedną z cech charakterystycznych dla ADHD są **trudności z wykonywaniem poleceń i podążaniem za wskazówkami**. Dzieci nie wykonują poleceń lub wykonują je po swojemu. Przyczyn tego należy upatrywać zarówno w impulsywności, jak i deficycie pamięci. Prawidłowe wykonanie zadań mogą też utrudniać słabsze zdolności językowe. Wszystkie wymienione cechy są ze sobą skorelowane. Dla przykładu: lepiej rozwinięta mowa u dziecka pozwala mu na efektywniejsze utrzymywanie w pamięci polecenia i tym samym na bardziej refleksyjne oraz mniej impulsywne podejście do wykonania zadania. Mówienie do siebie w myślach również spełnia określone funkcje: pozwala utrzymać w pamięci polecenie, daje możliwość omówienia samemu ze sobą szczegółów zadania, rozważenia różnych opcji wykonania zadania. Zdolności te pozwalają na kontrolowanie zachowania, hamowanie reakcji impulsywnych, a w konsekwencji na poprawne wykonanie polecenia.

Rodziców i nauczycieli dzieci z ADHD martwią problemy związane z wykonywaniem poleceń. Zmienność w wykonywaniu określonych zadań jest również charakterystyczną właściwością poznawczą osób z ADHD (CONNERS 3, s. 28). Jej przejawy to np.: skrajnie różne oceny otrzymywane z tego samego przedmiotu, „ulatniająca się wiedza” (opanowany zakres tematyczny do klasówki jednego dnia i brak wiedzy z tego obszaru następnego dnia) lub zmienny poziom koncentracji uwagi (od skoncentrowania na zadaniu w jednej chwili do porzucenia w drugiej). Bywają dni, kiedy dziecko wykona powierzony mu obowiązek samodzielnie i bezbłędnie, a innym razem porzuci jego realizację w połowie lub zrobi go „po łebkach”. Rodzice, którzy nie są świadomi tej prawidłowości, nie rozumiejąc przyczyn zmiennych osiągnięć uczniów, są skłonni ferować dzieciom niesprawiedliwe wyroki: „Jak się postara, to ma lepsze oceny”; „Jest leniwa/leniwy, wiem, że może mieć lepsze oceny”<sup>15</sup>. Trudno spodziewać się po dzieciach z ADHD równej jakości wykonywanych zadań. Przeciętny

---

<sup>15</sup> Gdy krzywdzące stwierdzenie pada z ust osób znaczących dla dziecka, takich jak rodzice, to traktuje je ono jako prawdziwe. Może to przez wiele lat determinować funkcjonowanie dziecka. Już tytuł książki Kate Kelly i Peggy Ramundo (2006): *You mean I'm not lazy, stupid or crazy?!* dowodzi, jak głęboko może zakorzenić się takie przekonanie. Autorki starają się pomóc dorosłym osobom z ADHD zrestrukturyzować ogląd własnej osoby.

lub wysoki iloraz inteligencji (a takim zazwyczaj legitymują się dzieci z ADHD) nie gwarantuje stałego, dobrego poziomu pracy. **Brak stałości w wykonywaniu zadań**<sup>16</sup> nie jest brakiem motywacji, lecz pochodną deficytu funkcji wykonawczych. **Brak umiejętności planowania** sprawia, że dzieci z ADHD są zależne od tego, co im przyniesie dana chwila i zmienne warunki otoczenia. Dziecko z ADHD pozwala, aby to aktualna sytuacja, w której się znajduje, determinowała poziom wykonywanych przez nie zadań. Problem potęguje **upośledzona funkcja kontroli impulsów**. Dziecko z ADHD nie potrafi zrezygnować z podjęcia bardziej interesujących i satysfakcjonujących aktywności na rzecz wykonania uznanych za nudne zadań (Barkley, 2020, s. 83).

Osoby z ADHD to niewolnicy skrajności uwagi. Podczas gdy ich największą słabością jest deficyt uwagi, tendencja do rozpraszenia się nieistotnymi informacjami, ich mocną stroną – co zaskakuje – jest zdolność do nadmiernej koncentracji, czyli epizodów zwiększonej uwagi i zmniejszonej świadomości upływającego czasu oraz bodźców napływających z otoczenia. Dziecko, które nie może się skupić nad zadaniem (uznanym przez nie za nudne), jest w stanie pracować nad tym, co je interesuje (np. nad modelem samolotu) całymi godzinami. W tym ostatnim przypadku praca uruchamia nadwyżki poziomu dopaminy (*4 things...*, 2016, s. 43). Doświadczenia długotrwałej, silnie skupionej uwagi są udziałem zarówno dzieci, jak i dorosłych (*My earliest...*, dostęp: 18.05.2021)<sup>17</sup>. Kathleen Nadeau (za: *17 things...*, dostęp: 18.05.2021) twierdzi, że: „Wielu naukowców, pisarzy i artystów z ADHD miało bardzo udane kariery, w dużej mierze dzięki ich zdolności do skupiania się godzinami na tym, co robią”. Udowodniono w toku badań naukowych, że osoby z bardziej nasilonymi objawami ADHD zgłaszają częściej niż badane osoby bez ADHD **występowanie epizodów nadmiernej koncentracji** w sytuacjach szkolnych, realizacji zainteresowań oraz korzystania z urządzeń medialnych (Hupfeld, Abagis, Shah, 2019). Nie ma jednak w tej kwestii pełnej zgody naukowców. Yvonne Groen, Ulrike Priegnitz, Anselm B.M. Fuermaier, Lara Tucha, Olivier Tucha, Steffen Aschenbrenner, Mathias Weisbrod i Miguel Garcia Pimenta (2020) w swoich badaniach podważają stwierdzenie, że doświad-

<sup>16</sup> Z uwagi na brak konsekwencji w podejściu do wykonywania zadań ADHD było nazwane przez Marcela Kinsbourne'a (za: Barkley, 2020, s. 82) chorobą braku stałości (*variability disease*).

<sup>17</sup> W tekście tym zostały zebrane relacje osób z ADHD z doświadczenia pierwszych epizodów nadmiernej koncentracji.

czenia hiperkoncentracji są specyficzne dla osób z ADHD. Częstotliwość, czas trwania i wszechobecność doświadczeń nadmiernej koncentracji oceniano u dorosłych z ADHD i bez ADHD. Wykazano, że pacjenci z ADHD i osoby z grupy kontrolnej bez ADHD nie różnili się pod względem wspomnianych cech hiperkoncentracji. Przypadki nadmiernego skupienia były nawet mniej prawdopodobne w sytuacjach edukacyjnych i społecznych u badanych dorosłych z ADHD. Autorzy wysnuli wniosek, że epizody skrajnej koncentracji nie są charakterystyczne dla dorosłych osób z ADHD (Groen i in., 2020).

### 1.2.5. Trudności w uczeniu się dzieci z ADHD

Dzieci z ADHD trafiają na diagnozę do poradni psychologiczno-pedagogicznych nie tylko z powodu swojego zachowania, lecz także równie częstą przyczyną wizyty u specjalisty są ich trudności w nauce. Rodziców oraz nauczycieli zwykle niepokoi niska wydajność uczenia się dziecka. Wykonuje ono mniej pracy na lekcji w porównaniu z dziećmi bez ADHD, podczas gdy ich poziom zdolności wskazywałaby na możliwość bardziej efektywnej nauki. Naturalną konsekwencją niższej wydajności są niższe oceny w nauce oraz niezyskiwanie promocji do starszych klas (ok. 40% uczniów z ADHD co najmniej raz powtarza klasę zanim rozpocznie naukę w szkole średniej). Deficyt wydajności uczenia się wynika przede wszystkim z objawów nieuwagi, impulsywności, deficytu funkcji wykonawczych, choć wiąże się również z towarzyszącymi dziecku specyficznymi trudnościami w nauce. Podaje się, że od 20 do 30% uczniów z ADHD ma **zaburzenia umiejętności szkolnych w zakresie czytania, pisania, ortografii, rachowania, nauki języka obcego**.

W literaturze przedmiotu można spotkać się także z poglądem, że współwystępowanie ADHD i dysleksji jest artefaktem. Do tego szkodliwym, ponieważ komplikuje on proces diagnostyczny oraz terapeutyczny poprzez upraszczanie złożonych kategorii diagnostycznych do pojedynczych jednostek chorobowych. W ostatnich latach obserwuje się znaczny wzrost podwójnych diagnoz u dzieci. Może być on spowodowany opisową postacią, będących podstawą rozpoznania, klasyfikacji<sup>18</sup>. Niepokojące,

---

<sup>18</sup> Wydanie DSM-IV podwoiło liczbę odrębnych diagnoz w porównaniu z DSM-II, co może być też powodem wręcz lawinowego przyrostu mnogich rozpoznań (Pincus, Tew, First, 2004).

trudne zachowanie dziecka może być tłumaczone jako objaw nie jednego lecz kilku zaburzeń. Może to wynikać z nieznamości pełnej symptomatologii, co z kolei prowadzi do nakładania się obrazów klinicznych i dublowania diagnoz. Zaobserwowano także skłonność opiekunów dziecka, u którego stwierdzono już jedno zaburzenie, do doszukiwania się kolejnych jednostek chorobowych. Za tendencję tę jest odpowiedzialny psychologiczny efekt halo<sup>19</sup>. Błędne przekonanie o współwystępowaniu ADHD i dysleksji może wynikać także z prostego wyliczenia statystycznego. Jeśli szacuje się 10% udział diagnoz ADHD oraz dysleksji w populacji ogólnej, to szansa na współzachorowalność wynosi 1%.

Można wskazać cztery koncepcje, które tłumaczą współwystępowanie ADHD i dysleksji u pacjentów. Zalicza się do nich:

- koncepcję objawów fenotypowych;
- koncepcję nielosowego doboru rodziców;
- koncepcję poznawczego podtypu ADHD;
- koncepcję zbliżonej etiologii (Lipowska, 2011, s. 94–103).

Koncepcja objawów fenotypowych została sformułowana na podstawie wyników badań empirycznych Bruce'a Penningtona, Dena Groissera i Marilyn C. Welsh (1993). Wykazano w nich, że u dzieci z dysleksją można zaobserwować zachowania charakterystyczne dla nadpobudliwości psychoruchowej, chociaż nie mają one neurologicznego podłoża, które cechuje ADHD. Co oznacza, że na poziomie funkcjonalnym fenotypowo dzieci te mogą być nieuważne, impulsywne i nadruchliwe. Wspomniane trudności w funkcjonowaniu szkolnym są jedynie wtórnymi powikłaniami wynikającymi z dysleksji. Frustracja uczniów ze specyficznymi trudnościami w nauce może manifestować się nadruchliwością, łatwą dekoncentracją, unikaniem sytuacji edukacyjnie trudnych i może być mylnie diagnozowana jako objawy ADHD.

Koncepcja nielosowego doboru rodziców opiera się na zaobserwowanej prawidłowości, że osoby z dysleksją, istotnie częściej niż wskazywałby na to rachunek prawdopodobieństwa, wchodzi w związki partnerskie z osobami z ADHD. Tłumacząc tę tendencję, należy odwołać się do psychologii społecznej: zasad dobierania się w pary oraz wyznaczników atrakcyjności interpersonalnej. Tym, co łączy ludzi jest częstość kontaktów oraz

---

<sup>19</sup> Skłonność do przypisania niekoniecznie obserwowanej właściwości na podstawie jednej uznawanej za ważną bądź pewną.



wspólnota doświadczeń, wynikająca z funkcjonowania w podobnych kręgach społecznych. Osoby z wymienionymi zaburzeniami częściej doświadczają porażek szkolnych, co przekłada się w wieku dorosłym na podobny przebieg kariery zawodowej. Osoby dorosłe, wybierając partnerów, kierują się także zbliżonym poziomem wykształcenia, co również zwiększa prawdopodobieństwo związania się osób z ADHD i dysleksją (Barkley, 2020, s. 170). Dzieci tych par cierpią zarówno na zaburzenia dyslektyczne, jak i na zespół nadpobudliwości psychoruchowej. W toku badań naukowych wykazano, że ryzyko pojawienia się trudności w uczeniu się i nadpobudliwości było najwyższe u dzieci w rodzinach, w których występowały oba, ale izolowane zaburzenia u rodziców, czyli jeden rodzic miał postawioną diagnozę trudności w nauce, a drugi ADHD (Faraone i in., 1993).

Koncepcja poznawczego podtypu ADHD neguje współwystępowanie specyficznych trudności w uczeniu się oraz ADHD. Zakłada natomiast występowanie odrębnej kategorii: poznawczego podtypu ADHD (*cognitive subtype*). W wyniku badań Julia J. Rucklidge i Rosemary Tannock (2002) dowiodły, że profil neuropoznawczy dziecka z dysleksją i ADHD nie jest sumą deficytów poznawczych charakteryzujących każde z zaburzeń, lecz tworzy osobną, niezależną jakość. Dlatego należy wyodrębnić nowy podtyp ADHD, którego cechą kryterialną byłyby trudności w nauce.

Wszystkie trzy przedstawione koncepcje podkreślają względną niezależność etiologiczną ADHD i specyficznych trudności w uczeniu się. Podczas gdy ostatnia z wymienionych koncepcji (zbliżonej etiologii) zakłada występowanie wspólnych korzeni genetycznych obu zaburzeń. Dotychczas przeprowadzono i opublikowano wiele badań, które uwiarygodniają to założenie (np. Gilger, Pennington, DeFries, 1992; Light i in., 1995; Bakker i in., 2003; Loo i in., 2004; Gayán i in., 2005; Bental, Tirosh, 2007; Willcutt i in., 2007). Trudno jednak o wskazanie konkretnych wariantów genetycznych odpowiedzialnych za występowanie dysleksji i ADHD, ponieważ w przypadku obu zaburzeń ujawnia się model dziedziczenia poligenowego (na wykształcenie określonego fenotypu wpływają różne geny, każdy w ograniczonym stopniu).

Prawie jedna trzecia dzieci z ADHD ma również trudności w uczeniu się matematyki<sup>20</sup>. Główną ich przyczyną są wynikające z ADHD problemy

---

<sup>20</sup> Dyskalkulia obejmuje trzy podtypy: (1) specyficzne i izolowane zaburzenie matematyki; (2) zaburzenia matematyczne jako konsekwencja deficytów funkcji poznawczych, np. ogólne trud-

z pamięcią roboczą, szybkością przetwarzania i funkcjonowaniem wykonawczym. Objawy ADHD i dyskalkulii wpływają na siebie i komplikują się nawzajem.

Jak wcześniej wspomniałam, dzieci z ADHD mają deficyty w zakresie pamięci roboczej. Powodują one trudności w zapamiętywaniu faktów matematycznych i stosowaniu procedur matematycznych. Na przykład, kiedy dziecko uczy się faktów matematycznych, to zarówno działanie ( $2 + 3$ ), jak i jego wynik (5) muszą być jednocześnie aktywne w buforze fonologicznym pamięci roboczej. Tylko wtedy może dojść do utworzenia i wzmocnienia połączenia neuronowego między nimi. Jeśli pamięć robocza jest ograniczona, to wprowadzenie do niej wyniku (5) sprawia, że zostaje utracone wcześniej przechowywane działanie ( $2 + 3$ ), nie dochodzi do połączenia między nimi oraz w rezultacie do procesu uczenia się. Rozpatrzmy bardziej skomplikowany przykład. Rozwiązanie działania  $2,305 \div 0,3$  wymaga co najmniej 17 kroków, z których każdy opiera się na pamięci roboczej. Uczniowie z ADHD rozumieją pojęcie dzielenia oraz dzielenia z liczbami dziesiętnymi. Tym, co blokuje możliwość wykonania wspomnianego zadania, jest ich słaba pamięć robocza. Aby wesprzeć uczniów w rozwiązaniu zadań, należy zorganizować sytuacje, w których zapamiętywaniu towarzyszyć będzie praca na matematycznych modelach. Pomocne będą także mnemotechniki, listy kontrolne i przykładowe rozwiązania zadań.

Kolejna trudność związana z ADHD pojawia się na etapie przenoszenia faktów z pamięci operacyjnej do pamięci długotrwałej. Wolne tempo przetwarzania, sprawia, że dziecko, mimo dobrej znajomości tabliczki mnożenia, potrzebuje więcej czasu niż przeciętny uczeń na udzielenie odpowiedzi, ile to jest  $4 \times 5$ .

Deficyty funkcji wykonawczych u dziecka z ADHD generują wiele trudności w nauce matematyki. Problemy z hamowaniem nieistotnych skojarzeń sprawiają, że zapełniają się magazyny pamięci roboczej, które mają ograniczoną pojemność. Kiedy podczas wykonywania prostego obliczenia pojawia się niechciana myśl, to kontynuowanie obliczeń okazuje się niemożliwe. Dziecko musi wrócić do początku zadania. Trudność w przełączaniu się między zadaniami oznacza, że uczeń może w arkuszu ćwiczeń, gdzie pojawiają się równocześnie działania dodawania oraz odejmowania

---

ności w uczeniu się; oraz (3) dyskalkulia ze współistniejącymi zaburzeniami, np. ADHD i dysleksja (Furlong i in., 2016).



w pamięci, mylić znaki sumy i różnicy, a co za tym idzie nieprawidłowo rozwiązywać zadania.

Dzieci z ADHD mają także deficyty kompetencji językowych. Dlatego trudno im połączyć świat wielkości rzeczywistych, języka matematycznego i symboli pisanych. Kiedy dzieci prawidłowo rozwijające się mają trudności z zapamiętaniem lub zrozumieniem zadania, pomaga im mowa wewnętrzna. Niestety ze strategii tej nie mogą skorzystać dzieci z ADHD.

Niska tolerancja na frustrację sprawia, że dzieci z ADHD stronią od treści, które byłyby dla nich za trudne. W porównaniu z rówieśnikami nieadekwatnie reagują na popełniane błędy. Badania naukowe potwierdzają, że osoby z ADHD cierpią na **zespół niedoboru nagradzania** (Blum i in., 2000). Spowodowany jest on dysregulacją poziomu dopaminy (Littman, *Never enough...*, dostęp: 7.11.2021). Dzieci z ADHD nie doświadczają wybuchu dopaminy w momencie wykonania zadania domowego, dlatego motywacja wewnętrzna w tym wypadku się nie uruchamia (Kennedy, *The ADHD...*, dostęp: 18.05.2021).

### 1.2.6. Funkcje wykonawcze u osób z ADHD

ADHD to **rozwojowe zaburzenie samokontroli**. Osoby cierpiące na nie mają trudności w panowaniu nad swoimi reakcjami, poziomem aktywności oraz hamowaniem napływających bodźców. To sprawia, że upośledzona zostaje zdolność tych osób do koncentracji. Choć uwagę rodziców i nauczycieli zwraca zwykle zachowanie dzieci (w tym przejawy impulsywności, nadaktywności oraz braku koncentracji), to należy podkreślić bardzo wyraźnie, że ADHD jest zaburzeniem rozwojowym, a nie zaburzeniem zachowania, tak jak było klasyfikowane jeszcze w DSM-IV. Obecnie wiadomo, że ADHD nie ogranicza się do nadaktywności i nieuwagi dzieci, lecz podstawowymi objawami są także upośledzenie woli i zdolności długoterminowego kontrolowania swego zachowania (Barkley, 2020, s. 39). Thomas Brown z Uniwersytetu w Yale przeprowadził badania wśród studentów Yale, którzy oprócz zdiagnozowanego ADHD charakteryzowali się wysokim poziomem inteligencji. Cechami, które łączyły te osoby nie były nadaktywność i impulsywność (choć u części występowały te objawy), lecz upośledzenie funkcji wykonawczych oraz zaburzenia nastroju (za: Nadeau, Littman, Quinn, 2016, s. 9). ADHD jest zatem czymś więcej niż sumą objawów. To styl bycia osób cierpiących

na wspomniane zaburzenie. W ADHD bowiem „[...] nie chodzi jedynie o chwilową nadaktywność, dekoncentrację czy nieumiejętność wykonywania codziennych obowiązków, ale o upośledzenie funkcji organizowania własnego zachowania i kierowania nim z uwzględnieniem nadchodzącej przyszłości” (Barkley, 2020, s. 49). Z tego powodu zarówno Thomas Brown, jak i Russell A. Barkley postulują za szerszym ujęciem ADHD jako zaburzenia funkcji wykonawczych. Osoby z ADHD ze względu na nastawienie na przeżywanie chwili obecnej, nieumiejętność przewidywania przyszłości, regulacji własnego zachowania, mają trudności z dostosowaniem się do warunków codziennego życia. Pomysł, że behawioralne przejawy ADHD są wynikiem upośledzenia zarządzania funkcjami wykonawczymi zyskał poparcie także innych badaczy w ostatnich latach (m.in. Schachar i in., 2000; Hervey, Epstein, Curry, 2004; Willcutt i in., 2005; Brown, Reichel, Quinlan, 2009).

Funkcje wykonawcze to psychologiczne procesy zaangażowane w świadomą kontrolę myśli i działań lub procesy odpowiedzialne za ukierunkowane na cel zachowanie (Brzezińska, Nowotnik, 2012). W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na brak jasnej definicji konstruktów, jakim są funkcje wykonawcze. Jedni badacze przedstawiają funkcje wykonawcze jako złożoną, lecz jednolitą całość, inni zaś procesy składające się na funkcje wykonawcze traktują jako odrębne, choć powiązane ze sobą zdolności (Brzezińska, Nowotnik, 2012), tzw. problem jedności i różnorodności w definiowaniu funkcji wykonawczych (McCabe i in., 2010). Stąd trudno jest mówić o jednym katalogu składników funkcji wykonawczych. Dla przykładu Barkley (2020, s. 89) wyodrębnił sześć funkcji wykonawczych: (1) hamowanie i samokontrola; (2) kierowanie uwagi na siebie i dążenie do samoświadomości; (3) używanie wyobraźni do refleksji nad własną przeszłością oraz do przewidywania przyszłości, czyli świadomość siebie na przestrzeni czasu; (4) mówienie do siebie, czyli język jako narzędzie samokontroli; (5) kierowanie własnymi emocjami, zarządzanie nimi w celu osiągnięcia motywacji wewnętrznej; (6) zabawa doskonaląca umiejętność rozwiązywania własnych problemów oraz służąca wymyślaniu rozwiązań. Z kolei Peg Dawson i Richard Guare (2012) opracowali schemat funkcji wykonawczych, który obejmuje 11 umiejętności. Są to: (1) hamowanie reakcji; (2) pamięć robocza; (3) kontrola emocjonalna; (4) utrzymywanie uwagi mimo bodźców rozpraszających; (5) umiejętność sprawnego rozpoczynania zadań; (6) planowanie i ustalanie priorytetów; (7) organizacja informacji i materiałów; (8) zarządzanie

czasem; (9) wytrwałość w dążeniu do celu; (10) elastyczność w obliczu, np. przeszkód, nowych informacji; (11) metapoznanie (Dawson, Guare, 2012, s. 9–10). Anna Brzezińska i Anna Nowotnik (2012, s. 61–74) wskazują, że najczęściej wyodrębnianymi składnikami funkcji wykonawczych zarówno u dzieci, jak i dorosłych są:

- pamięć robocza – zdolność do przechowywania w pamięci informacji podczas wykonywania złożonych zadań;
- kontrola hamowania – umiejętność powstrzymywania się przed działaniem pochopnym, nieprzemyślanym, zdolność utrzymywania koncentracji uwagi i dążenia do celu pomimo bodźców zakłócających;
- giętkość poznawcza – zdolność do elastycznej adaptacji do wymagań środowiska oraz umiejętność postrzegania rzeczy z nowej perspektywy.

Funkcje wykonawcze zaczynają rozwijać się u dzieci dwuletnich. Ich gwałtowny rozwój obserwuje się w wieku przedszkolnym. Należy spodziewać się, że będą w pełni rozwinięte przed 30. rokiem życia. Umiejętności wykonawcze nie rozwijają się jednocześnie, lecz w sekwencji, jedna po drugiej. **Rozwój funkcji wykonawczych u osób z ADHD często jest opóźniony o 30–40% w stosunku do osób bez tego zaburzenia** (Rodden, *What is...*, dostęp: 30.08.2021).

Na deficyt funkcji wykonawczych u dzieci i młodzieży mogą wskazywać takie zachowania, jak: zapominanie o zadaniach i pracach domowych, problem z samodzielnym rozpoczęciem odrabiania prac domowych, brak zdolności do oceny, jak długo zajmie wykonywanie określonej czynności, łatwość rozpraszenia się, częste gubienie rzeczy osobistych, niezdolność do zapamiętania nazwisk i innych kluczowych danych, trudności w słuchaniu oraz podążaniu za instrukcjami, szczególnie tymi wieloetapowymi, zaczynanie drugiej czynności przed ukończeniem pierwszej, trudności w zrozumieniu ról społecznych w grach zespołowych, niechęć do przenoszenia się z zadania do zadania (*Is it...*, dostęp: 30.08.2021).

### 1.2.7. Problemy zdrowotne osób z ADHD

Wskazuje się, że **dzieci z ADHD mają więcej problemów zdrowotnych niż ich rówieśnicy bez tego zaburzenia**. Matki deklarują, że ich dzieci z ADHD często chorowały w okresie niemowlęcym. Szacuje się, że dotyczy to 50% dzieci z ADHD. Typowe problemy to opóźniony trening czystości, moczenie nocne, zaburzenia snu. Dzieciom z ADHD więcej czasu zajmuje

przygotowanie się do snu, zasypianie, częściej mają przerywany, niespokojny sen, budzą się zmęczone (Barkley, 2020, s. 164–165, 173).

Mechanizm częściowej deprivacji snu pociąga za sobą wiele problemów: obniżenie odporności organizmu, pogorszenie procesów regeneracyjnych organizmu, zaburzenia sekrecji hormonu wzrostu (Mikler-Chwaśtek, 2020, s. 29). Empirycznie potwierdzono również, że zaburzenia snu mogą negatywnie wpływać na procesy uczenia się i pamięć. Dowiedziono też, że drzemka wpływa na przyswajanie języka przez dzieci (Axelsson i in., 2018; Sandoval, Leclerc, Gómez, 2017).

Niedostateczna ilość snu, podobnie jak zła jego jakość, sprawia, że u dzieci i nastolatków obserwuje się pogorszenie funkcjonowania w dzień. Ma to przełożenie np. na problemy w skupieniu uwagi, trudne zachowania, bóle głowy (Żarowski, Seinborn, 2012). Zły sen może prowadzić do objawów podobnych do ADHD. W nurcie negacji występowania ADHD jako jednostki chorobowej pojawił się też pogląd, że zachowania pacjentów, które są mylnie diagnozowane jako ADHD, mogą być skutkiem chronicznej bezsenności. Stwierdzenie to, choć przesadzone, kieruje uwagę specjalistów na konieczność oceny ilości i jakości snu w procesie diagnostycznym ADHD (Crenshaw, *What comes...*, dostęp: 25.05.2021).

Chociaż deprivacją snu nie można tłumaczyć objawów ADHD, to może ona odpowiadać za ich nasilenie. Niewyspany mały czy dorosły pacjent z ADHD ma większe trudności z zapanowaniem nad impulsywnością, nadaktywnością, ma również trudności z koncentracją uwagi. Relacja między ADHD i snem może być też odwrotna do tej wcześniej opisanej. ADHD może być przyczyną trudności ze snem. Ponieważ osoby z ADHD są nadwrażliwe na bodźce napływające z otoczenia, ich ciała silniej na nie reagują, to trudno im się wyciszyć i „wyłączyć” mózg przed zaśnięciem. W rezultacie w przypadku osób z ADHD mamy do czynienia ze zjawiskiem błędnego koła: zły sen zaostrza objawy ADHD, a to z kolei pogarsza sen. Po tylko jednej nieprzespanej nocy dziecko może być nieuważne, drażliwe, częściej będzie się buntować, co sprawi, że pod koniec dnia będzie mu trudniej się wyciszyć (Nigg, Super, *Why children...*, dostęp: 25.05.2021).

Chociaż istnieje niewiele badań dotyczących ADHD i współistniejących chorób somatycznych (Instanes i in., 2018), to dzięki tym dostępnym można wskazać jednostki chorobowe, które należy wziąć pod uwagę w procesie diagnostycznym i terapeutycznym dorosłych osób z ADHD (Cubbin, Parry, 2021, s. 251). Naukowcy wymienili takie choroby, jak: **zaburzenia**

snu, przewlekły ból i fibromialgia<sup>21</sup>, migrena, epilepsja, otyłość, zespół chronicznego zmęczenia<sup>22</sup>, alergii i astma. Ich przebieg w przypadku osób z ADHD może być ostrzejszy lub może przybierać formę chroniczną, ponieważ nie pilnują one wizyt lekarskich, regularnego przyjmowania leków, prowadzą niezdrowy tryb życia, w tym np. mniej śpią, stosują używki (Cubbin, Parry, 2021, s. 251).

### 1.2.8. Zaburzenia sensoryczno-motoryczne u osób z ADHD

Mimo że dzieci z ADHD uważane są za bardzo szybkie, to często działania ich są bardzo powolne i mało precyzyjne. Dzieci z ADHD mają bowiem **trudności z automatyzacją ruchów**, gdyż uczą się wolniej pewnych sekwencji ruchów, które innym przychodzą z łatwością. Często się potykają i przewracają. Za wymienione problemy odpowiedzialne są zaburzenia analizatora kinestetyczno-ruchowego. Dodatkowo potęgują je osiowe objawy ADHD wspomniane przeze mnie w podrozdziale 1.2. *Obraz funkcjonowania osób z ADHD*.

Upośledzona koordynacja dużych grup mięśni idzie w parze z niepełnym rozwojem motoryki małej, dlatego dziecko ma **kłopoty z precyzją ruchów dłoni i palców**. Poziom graficzny pisma dziecka nadpobudliwego psychoruchowo z deficytem manualnym jest niski. Charakteryzują go: nierówne litery, wychodzenie poza linię, odbieganie od kształtu, zbyt duży nacisk narzędziem pisarskim na kartkę, zmienne pochylenie liter, nieprawidłowo połączone litery. Dzieci z ADHD wolno opanowują automatyzm pisanie. Niechętnie podejmują ćwiczenia sprawności grafomotorycznej, ponieważ nie lubią rysowania, malowania, klejenia, wycinania itp. Stąd ich notatki są miejscami nieczytelne, wiele w nich przekreślonych słów, rozmazanych wyrazów, a kartki są przedarte lub mają zagięte rogi (E. Januszewska, I. Januszewska, 2016).

---

<sup>21</sup> Zespół fibromialgii (FMS) jest chorobą przewlekłego bólu. Spowodowana jest ona przez zmienioną aktywność neuroprzekaźników (dopaminy, serotoniny i noradrenaliny) odpowiedzialnych za wrażliwość na ból. FMS znacznie wpływa na funkcjonowanie pacjenta z powodu przewlekłego bólu, zmęczenia i zaburzeń poznawczych. Współwystępowanie FMS i ADHD udowodniono w badaniach (zob. van Rensburg i in., 2018).

<sup>22</sup> Zespół chronicznego/przewlekłego zmęczenia (CFS) charakteryzuje się silnym zmęczeniem związanym z bólem, zaburzeniami snu, upośledzeniem uwagi i bólami głowy. W toku badań empirycznych wykazano, że u pacjentów cierpiących na CFS często występują przypadki ADHD. Współzachorowalność na ADHD i CFS sprawia, że mają one ostrzejszy przebieg (Sáez Francàs i in., 2011).

Przyjmuje się, że ponad połowa dzieci z ADHD może ujawniać deficyty w obszarze funkcjonowania motorycznego, a w przypadku ok. 50% dzieci ADHD współwystępuje z rozwojowymi zaburzeniami koordynacji (*Developmental Coordination Disorder* – DCD), zwanymi również dyspraksją czy syndromem dziecka niezdarnego (Nowogrodzka, Piasecki, 2012).

**Dyspraksja** charakteryzuje się znacznymi trudnościami lub niemożnością wykonania prostych i złożonych zadań ruchowych, mimo rozumienia instrukcji; nieefektywnymi, powolnymi ruchami (w wykonanie każdego etapu czynności wkładany jest duży wysiłek); trudnościami z orientacją, czyli określeniem położenia ciała w stosunku do przedmiotów i ludzi (dziecko często się przewraca, potyka i wpada na przeszkody); zaburzeniami somatognozji, problemami z równowagą, przeskakiwaniem, wspinaniem się, huśtaniem, obustronną koordynacją i precyzją ruchów rąk; brakiem zdolności do wykorzystania nabytych już umiejętności w nowej sytuacji (Cygan, 2018). Wysokie prawdopodobieństwo występowania ADHD i DCD związane jest ze znacznym podobieństwem etiologicznym obu zaburzeń. Z tego względu w krajach skandynawskich wprowadzono osobny termin DAMP (*Deficits in Attention, Motor Control and Perception*), skupiający zaburzenia uwagi, kontroli motorycznej oraz percepcji. Pacjenci z diagnozą DAMP spełniają kryteria diagnostyczne dla ADHD i DCD (Gillberg, 2003).

Uogólnione zaburzenia motoryczne u dzieci z ADHD **upośledzają także narządy artykulacyjne**, np. zbyt małe lub zbyt duże napięcie mięśniowe może przejawiać się w postaci dyslalii, zmiany tonu i melodii głosu przy czytaniu (E. Januszewska, I. Januszewska, 2016).

Dzieci z ADHD kierowane są często na diagnozę i terapię integracji sensorycznej z uwagi na **współwystępujące zaburzenia rozwojowo-sensoryczne** (Goldwin Emmons, McKendry Anderson, s. 37–38). Integracja sensoryczna jest określana jako zdolność dziecka do odczuwania, rozumienia i organizowania informacji dostarczanych przez zmysły z otoczenia oraz z własnego organizmu. Proces integracji, odpowiedzialny za właściwe działanie wszystkich zmysłów i harmonijną ich współpracę, stymuluje prawidłowy rozwój psychomotoryczny (Cygan, 2018). Wyniki badań wskazują, że dorosłe osoby z ADHD także zmagają się z zaburzeniami integracji sensorycznej. Uczestniczące w badaniu osoby z ADHD zgłaszały częściej niż osoby z grupy porównawczej bez ADHD nadwrażliwość lub niedostateczną wrażliwość sensoryczną. Najbardziej widoczne różnice między badanymi grupami dotyczyły rejestracji, poszukiwania doznań i wrażliwości sensorycznej (Kamath i in., 2020).



ADHD i zaburzenia integracji sensorycznej wpływają na siebie nawzajem. Do nieuwagi i trudności z koncentracją dziecka mogą znacznie przyczynić się np. uciążliwa metka przy koszulce lub oświetlenie w klasie. Natomiast nadwrażliwość zapachowa (np. gwałtowna reakcja wstrętu na niektóre zapachy, m.in. pożywienia czy perfum) lub problem ze wzrokiem mogą zwiększyć impulsywność dziecka.

Odpowiedzią terapeutów na opisane zaburzenia może być wspomniana integracja sensoryczna. Naukowo potwierdzono (zob. Faramarzi, Rad, Abedi, 2016), że trening integracji sensorycznej wpływa na poprawę funkcji wykonawczych dzieci z ADHD, a co za tym idzie może znaleźć zastosowanie w rehabilitacji i edukacji wspomnianej grupy. Wokół tej metody narodziły się jednak kontrowersje. Tomasz Garstka (2016) twierdzi, powołując się na doniesienia naukowe, że skuteczność terapii SI jest psychopedagogicznym mitem. Terapeuci stosujący terapię integracji sensorycznej zalecają dzieciom z ADHD m.in. noszenie kamizelek obciążeniowych. Praktyka ta ma wpłynąć na zmniejszenie objawów nieuwagi, nadpobudliwości, stereotypowych zachowań i niezdarności. Jednak, przegląd siedmiu badań dotyczących tej rekomendacji terapeutycznej wskazuje, że istnieją przesłanki do kwestionowania skuteczności korzystania z kamizelek z obciążeniem (Stephenson, Carter, 2009). Brak jednoznacznego stanowiska w sprawie efektywności metody sugeruje, że powinna ona być traktowana z rozwagą i jedynie jako wspomagająca w terapii osób z ADHD.

Ze względu na to, że ADHD przybiera inny charakter wraz z wiekiem osoby na nie cierpiącej, w dalszej części monografii przybliżę kwestie diagnozy i przebiegu ADHD u dziewcząt oraz wskazówek do pracy z nimi na różnych etapach rozwoju.



## 2. ADHD jako jednostka diagnostyczna

### 2.1. Atrybuty diagnozy ADHD

Literatura przedmiotu określa wiele cech diagnozy (Wysocka, 2013, s. 69). W odniesieniu do diagnozy ADHD za szczególnie istotne uznają cztery komponenty. Diagnoza dziecka powinna być całościowa, komplementarna, interdyscyplinarna oraz etapowa.

**Całościowe podejście do diagnozy** zakłada ocenę funkcjonowania dziecka w każdej sferze rozwoju oraz zebranie danych od różnych osób z jego otoczenia, np. rodziców i opiekunów dziecka, nauczycieli, terapeutów. Rzetelna diagnoza całościowa obejmuje obserwację zachowania dziecka w różnych środowiskach, np. w domu, przedszkolu, szkole, na placu zabaw.

**Komplementarność diagnozy** zakłada współpracę specjalistów zarówno ze szkoły, jak i poradni psychologiczno-pedagogicznej. Badania przeprowadzane przez nauczyciela, pedagoga lub psychologa powinny bowiem nawzajem się dopełniać.

**Interdyscyplinarność diagnozy** zakłada, że w procesie diagnostycznym ADHD sięga się po opinię lekarza rodzinnego, psychiatry dziecięcego, pedagoga oraz psychologa. Interdyscyplinarność wiąże się również ze stosowaniem różnych metod diagnostycznych.

**Etapowość diagnozy** zakłada przeprowadzanie badań diagnostycznych na różnych etapach życia. Stosowanie się do niej zmniejsza ryzyko postawienia błędnego rozpoznania. Choć kryteria diagnostyczne zakładają możliwość postawienia diagnozy ADHD dopiero w 7. r.ż., to obserwację dziecka pod kątem ryzyka wystąpienia tego zaburzenia można prowadzić już na wcześniejszych etapach życia. Dzięki badaniom naukowym dysponujemy bowiem wiedzą na temat predyktorów ADHD w wieku niemowlęcym, poniemowlęcym oraz przedszkolnym. W diagnostyce nie powinno się jednak zbyt wcześnie stawiać diagnozy ADHD, opierając jedynie na predyktorach tego zaburzenia. Przedwczesna diagnoza może bowiem

okazać się nietrafna. Specjaliści pracujący na Oddziale Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego w Sosnowcu w swoim artykule (Gawęda, Nowak, Janas-Kozik, 2010) piszą z niepokojem o wzroście diagnoz ADHD u coraz młodszych dzieci. Zdaniem wspomnianych autorów od momentu postawienia diagnozy dziecko otrzymuje etykietkę ADHD i wszelkie jego problemy są wyjaśniane tym zaburzeniem. Sprawia to, że aktualne problemy dziecka nie są eksplorowane, a jego zachowania w kontekście psychospołecznym pozostają niezrozumiałe (Gawęda, Nowak, Janas-Kozik, 2010). Nazwanie trudnych zachowań dziecka (czasem po wielu miesiącach poszukiwań) daje niekiedy rodzicom uczucie ulgi i bezpieczeństwa. Niektórzy rodzice po postawieniu diagnozy ADHD czują się niejako zwolnieni z obowiązku pracy z dzieckiem. Obserwuje się u nich brak aktywności i przekazanie odpowiedzialności specjalistom. Zjawisko to w literaturze przedmiotu określa się tzw. zasadą Rumpelstilzchena (Krasowicz-Kupis, Wiejak, Gruszczyńska, 2015, s. 11). Etykieta ADHD zostaje z pacjentem na całe życie, wpływając na jego codzienne funkcjonowanie. „Trafne czy nietrafne etykiety przyklepione są mocnym klejem” (Kruszewski, 2004, s. 140)<sup>23</sup> to metafora, która celnie oddaje trwałość raz nadanych etykiet. Trzeba mieć jednak na uwadze, że w wielu wypadkach postawienie wczesnej diagnozy jest niemalże ratunkiem dla dziecka i rodziny, ponieważ daje możliwość wprowadzenia terapii, w tym leczenia farmakologicznego (Gafford, *My child...*, dostęp: 20.09.2021).

Respektowanie etapowego podejścia do diagnozy z jednej strony daje szansę na wczesną interwencję terapeutyczną, z drugiej zaś pozwala uniknąć błędu nietrafnego rozpoznania i jego następstw.

Specjaliści zajmujący się diagnozą ADHD podkreślają, że trafne jej postawienie jest możliwe jedynie wówczas, gdy dziecko zostanie poddane dłuższej obserwacji oraz przeprowadzone zostaną wnikliwie wywiady z osobami z jego otoczenia (np. rodziców, nauczycieli). Typowy schemat procesu diagnostycznego w kierunku ADHD, **uwzględniający podejście całościowe**, powinien składać się z następujących kroków:

- wywiad dotyczący problemu, z jakim zgłaszają się opiekunowie dziecka;
- wywiad rozwojowy (tzw. anamneza);
- wywiad rodzinny;

---

<sup>23</sup> Kruszewski (2004) pisał o niebezpieczeństwach etykietowania z punktu widzenia dydaktyka, co z powodzeniem można odnieść, w moim odczuciu, także do zagadnień diagnostyki.

- rozmowa z dzieckiem;
- zebranie wiadomości na temat funkcjonowania dziecka w szkole;
- wypełnianie kwestionariuszy ze skalami występowania objawów u dziecka;
- konsultacja lekarska lub psychologiczna (Kořakowski i in., 2014, s. 100–102).

Proces diagnostyczny rozpoczynają wywiady mające na celu wstępne rozpoznanie problemu dziecka i jego podłoża. Podczas pierwszej rozmowy z rodzicami diagnosta pyta rodziców o przyczyny zgłoszenia się do specjalisty, prosi, by opisali, co ich niepokoi w zachowaniu dziecka oraz określili swoje oczekiwania wobec działań specjalisty. Kolejno diagnosta zbiera informacje na temat przebiegu ciąży i porodu, stanu zdrowia oraz rozwoju dziecka: w jakim czasie osiągało ono kamienie milowe w rozwoju fizycznym, motorycznym, poznawczym i emocjonalno-społecznym. Wywiad rodzinny obejmuje kwestie struktury rodziny, relacji w niej panujących, warunków bytowych oraz funkcjonowania dziecka w domu i w szkole. Zgromadzone podczas wywiadów dane pozwalają postawić wstępne hipotezy na temat przyczyn problemu, z którym zgłaszają się rodzice. Na tym etapie diagnosta może rozważać, które zachowania dziecka są spowodowane lub zaostrzone przez ADHD, a które są niezależne od ADHD. Dopiero po analizie zebranych informacji o dziecku diagnosta może rozpocząć z nim rozmowę. Eryk Taylor (za: Kořakowski i in., 2014, s. 99) twierdzi, że dziecko, wchodząc w rolę pacjenta, może nie ujawniać zachowań, które są dla niego charakterystyczne poza gabinetem. Dlatego diagnosta potrzebuje czterech do pięciu spotkań, aby postawić wnioski diagnostyczne. Z kolei Artur Kořakowski wraz ze współautorami (2014) są zdania, że postawienie diagnozy ADHD w przypadku wielu dzieci z tym zaburzeniem wymaga jeszcze większej liczby godzin diagnostycznych. Sytuacja wizyty w gabinecie może być bowiem dla dziecka z jednej strony nowa i ciekawa, z drugiej zaś trudna i zagrażająca. Wspomniane cechy sprawiają, że dzieci z ADHD starają się panować nad swoimi objawami. Repertuar charakterystycznych dla dziecka objawów może nie ujawniać się także dlatego, że rozmowa „jeden na jeden” w gabinecie stwarza dziecku warunki odbiegające od codziennych. Nie jest ono przeciążone np. większą ilością bodźców, jak to się dzieje w klasie szkolnej. W przypadku dziewcząt z ADHD rozpoznanie może wymagać więcej czasu niż u chłopców. Wiąże się to z większą presją społeczną wobec dziewcząt

na tzw. grzeczne zachowanie (dziewczęta wiedzą, jak mają się zachować u lekarza) oraz ich tendencją do internalizacji objawów.

Ponieważ, jak wspomniałam, dziecko w kontakcie z diagnostą może nie ujawniać swoich objawów w pełnym zakresie, kolejnym krokiem jest uzyskanie szczegółowych informacji na temat jego funkcjonowania w szkole. Zwykle specjalista prowadzący diagnozę prosi o dostarczenie pisemnej opinii od nauczyciela, pedagoga szkolnego, wychowawcy na świetlicy lub innych osób, z którymi dziecko ma kontakt w szkole. Może też wyrazić chęć osobistego kontaktu z wymienionymi osobami. W tym miejscu ujawnia się **komplementarność diagnozy**. Informatorzy szkolni mogą częściej odnosić się do problemów dzieci z uwagą (np. marzenia na jawie, rozkojarzenie, dezorganizacja, brak motywacji i wysiłku) lub problemów w relacjach interpersonalnych (np. nierespektowanie granic drugiej osoby, wszczynanie kłótni i bójek).

W kolejnym kroku diagnosta sięga po kwestionariusze, które zawierają pytania na temat obecności objawów ADHD. Mogą być one przygotowane w wersji dla samego diagnosty, rodziców dziecka i jego nauczycieli. Skale oceny są użyteczną pomocą w ocenie klinicznej i podczas monitorowania leczenia. Wyniki ich należy jednak interpretować ostrożnie, ponieważ są nieswoistymi wskaźnikami potencjalnych problemów. Sztuczne przestrzeganie granicy wyniku oddzielające osoby z ADHD od osób bez ADHD może prowadzić do wysokiego odsetka wyników fałszywie dodatnich lub ujemnych.

Na tym etapie diagnozy pomocne mogą być także skale samoopisowe dla dziewcząt (Nadeau, Littman, Quinn, 2015) i kobiet (Nadeau, Quinn, 2002). Obecność wspomnianych skal jest bardzo istotna w procesie diagnozy ADHD u dziewcząt ze względu na ich tendencję do zasygnalizowanego już internalizowania objawów. Mechanizm uwewnętrzniania przez dziewczęta objawów sprawia, że są one niewidoczne dla rodziców i nauczycieli. Prawdliwość tę potwierdziły badania przeprowadzone przez zespół naukowców ze Szwecji i Stanów Zjednoczonych. Badani rodzice dzieci z ADHD oraz nauczyciele pracujący z tymi dziećmi oceniali stopień nasilenia objawów osiowych na skali SNAP-IV<sup>24</sup>. Dzieci, których dotyczyła ocena (z kliniczną

---

<sup>24</sup> Skala ocen Swansona (SNAP-IV) jest szeroko stosowaną skalą, która mierzy główne objawy zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD). Nie jest to narzędzie diagnostyczne. Rekomenduje się je do badań przesiewowych (Hall i in., 2020).

diagnozą ADHD), były z kolei poddane badaniu w kierunku doświadczania stresu. W wyniku badań wykazano znaczne dysproporcje między ocenami rodziców i nauczycieli w dostrzeganiu zachowań charakterystycznych dla ADHD u badanych dziewcząt. Ustalono, że niedostrzeganie przez nauczycieli trudności dziewcząt z ADHD przekłada się na ich wyższe poczucie stresu w szkole (Isaksson, Ruchkin, Lindblad, 2020). W przypadku skal opisowych, które tworzą strukturę wywiadu diagnostycznego z osobami znaczącymi dla dziecka, źródłem trudności diagnosty są często różne ich oczekiwania. To, co dla mamy dziecka może być jeszcze akceptowane, dla taty może być przykładem nieposłuszeństwa i braku hamowania reakcji. Diagnosta powinien mieć na uwadze, że w przypadku rodziny dziecka rozbieżności w osądzie zachowania potomka mogą również wynikać z rozpoznanego bądź nierozpoznanego ADHD u rodziców. Wskazane jest zatem, aby badacz uzyskał od nich konkretne przykłady zachowań dziecka, zamiast polegać jedynie na postrzeganiu tego, co jest z punktu ich widzenia niepokojące.

Osobiste przekonania specjalisty (często nieuświadomione) mogą także wpływać na ostateczny wynik diagnozy. Na proces stawiania diagnozy można zatem patrzeć jako na wzajemny wpływ subiektywnych ocen różnych osób. Pedagog formułuje swoją subiektywną ocenę na podstawie subiektywnych ocen rodziców i nauczycieli dziecka (Kołakowski i in., 2014, s. 100).

Artur Kołakowski (2014) podkreśla, że specjaliści powinni konsultować się ze sobą w trakcie procesu diagnostycznego. **Interdyscyplinarne** podejście jest konieczne, gdyż postawienie diagnozy ADHD wyłącznie na podstawie badań psychologicznych lub psychiatrycznych jest zwykle niemożliwe. Wynika to m.in. z uprawnień do wykonywania niektórych badań przypisanych danemu specjalście (Kołakowski i in., 2014, s. 10).

## 2.2. Diagnoza nozologiczna ADHD

Informacje o funkcjonowaniu pacjenta zebrane podczas przybliżonej w poprzednim podrozdziale procedury badawczej są zaklasyfikowane do określonej kategorii diagnostycznej, opisanej w międzynarodowych klasyfikacjach chorób DSM-5 i ICD-10<sup>25</sup>. Podstawą do ich wyodrębnienia

---

<sup>25</sup> Od 1 stycznia 2022 r. w Polsce zacznie obowiązywać wersja ICD-11. Na jej wdrożenie Polska, podobnie jak pozostałe państwa, będzie miała pięcioletni okres przejściowy.

jest założenie tzw. typologicznej reprezentatywności, czyli jednorodności obiektów wewnątrz danej kategorii. Pacjent, u którego zdiagnozowano zaburzenia hiperkinetyczne (kod F.90) według ICD-10, prezentuje zachowania i cechy spójne z obrazem symptomatologicznym zaburzenia. Proces diagnozowania ADHD odbywa się zatem w drodze diagnozy nozologicznej zwanej kryterialną<sup>26</sup>. Zastrzeżenia wobec tego rodzaju diagnozowania wiążą się z obawą, że badana osoba będzie potraktowana przedmiotowo, czyli, że obiektem zainteresowania diagnosty nie będzie konkretna osoba, lecz jej zaburzenie, a takie „zaszufladkowanie” może uaktywnić zasadę samospełniającego się proroctwa. Nauczyciele i rodzice będą oczekiwali od dziecka z etykietą ADHD określonych zachowań, tym samym generując te zachowania. Dziecko będzie zachowywało się tak, jak od niego oczekują dorośli.

Dlatego diagnoza na podstawie kryteriów diagnostycznych nie poprzestaje na rozpoznaniu ADHD. Zwykle analiza występujących u dziecka objawów pozwala stwierdzić, z jakimi typem ADHD pacjent się zмага. W DSM-5 wyróżnione zostały trzy typy ADHD:

- z przewagą nadaktywności/impulsywności, znany także jako deficyt uwagi z nadaktywnością, typ aktywno-impulsywny lub oznaczany skrótem ADH+D;
- z przewagą nieuwagi, znany także jako deficyt uwagi bez nadaktywności (ADH-D);
- mieszany.

**ADHD z przewagą nadaktywności/impulsywności** można zdiagnozować, jeśli u dziecka występuje przynajmniej sześć spośród dziewięciu objawów nadaktywności/impulsywności wymienionych dla dzieci do 16. r.ż. oraz przynajmniej pięć spośród dziewięciu wskazanych dla pacjentów powyżej 17. r.ż. według międzynarodowej klasyfikacji DSM-5.

Osoby reprezentujące ten typ ADHD odczuwają potrzebę ciągłego ruchu. Zmuszone do pozostania w jednym miejscu, wiercą się, zmieniają wielokrotnie pozycję ciała, wykonują wiele nieuzasadnionych ruchów. Dla przykładu, uczeń w klasie będzie częściej opuszczał swoje miejsce w ławce, a dorośli na spotkaniu będzie nerwowo poruszał się na krześle. Mimo dużego wysiłku włożonego w pozostanie w jednym miejscu, dzieci i dorośli

---

<sup>26</sup> Ewa Wysocka (2013, s. 62–65) przyjmuje cel poznania za kryterium podziału rodzaju diagnoz. Wśród nich swoje miejsce ma diagnoza nozologiczna.



z ADHD często wstają i przemieszczają się bez celu. Małe dziecko z ADHD z przewagą nadaktywności/impulsywności często biega, uderza w ściany, wspina się po meblach lub drzewach. Nastolatki i dorośli przeżywają częściej niepokój wewnętrzny, opisują ten stan jako uczucie wewnętrznego rozedrgania. Postrzegane są jako osoby głośne. Dzieci i dorośli często śpiewają lub nuca, a nawet mówią do siebie. Zwykle mówią głośno i dużo (niemal bez przerwy). Nie potrafią czekać na swoją kolej podczas zabawy, rozmowy, lekcji, zebrania w pracy czy kolejce w sklepie, dlatego nieraz im się zarzuca, że przeszkadzają innym. Ten typ ADHD jest bardziej rozpoznawalny i częściej diagnozowany u dzieci i mężczyzn (Williams, *What are...*, dostęp: 4.07.2021). U osoby z ADHD z przewagą nadaktywności/impulsywności można zaobserwować następujące objawy:

- porusza nerwowo dłońmi lub stopami lub wierci się na siedzeniu;
- wstaje z miejsca w klasie lub w innych sytuacjach, w których oczekiwane jest pozostawanie na miejscu;
- biega lub wspina się nadmiernie, w miejscach lub sytuacjach, kiedy jest to niewłaściwe;
- ma trudności z cichą zabawą lub spokojnym, cichym spędzaniem wolnego czasu;
- jest zawsze „w ruchu” lub zachowuje się tak, jakby była „napędzana motorkiem”;
- jest gadatliwa, mówi dużo;
- zamazuje odpowiedzi, zanim skończy udzielać odpowiedzi na pytanie;
- nie potrafi czekać na swoją kolej;
- przerywa lub przeszkadza innym, np. rozmowę lub grę (Smith, Molina, Pelham, 2002).

**Typ ADHD z przewagą nieuwagi** jest stwierdzany u osób, u których występuje przynajmniej sześć spośród dziewięciu objawów nieuwagi wymienionych dla dzieci do 16. r.ż. oraz przynajmniej pięć spośród dziewięciu wskazanych dla pacjentów powyżej 17. r.ż. według międzynarodowej klasyfikacji DSM-5.

Osoby z tzw. nieuważnym ADHD mają trudności z utrzymaniem uwagi, wykonywaniem szczegółowych instrukcji oraz organizowaniem zadań i czynności. Trudności te sprawiają, że popełniają one liczne błędy. Na przykład uczeń podczas wykonywania testu może przeoczyć pytania, na które zna odpowiedzi. Osoba dorosła często nie doczytuje do końca dokumentów lub wiadomości e-mail, co staje się przyczyną problemów



w pracy. Ograniczona zdolność koncentracji na zadaniu skutkuje niedokończonymi pracami i projektami. O osobach takich często mówi się, że mają słomiany zapał. Dorośli, żeby przez cały czas utrzymać swoją uwagę podczas zebrań służbowych żują gumę, popijają kawę itp. Słuchanie nie jest ich mocną stroną, dociera do nich średnio połowa instrukcji podawanych ustnie, w ich kalendarzach można obok notatek zobaczyć rysunki czy po prostu bazgroły. Jeśli słuchają webinaru czy innych nagranych treści, będą musieli z dużym prawdopodobieństwem wracać do przesłuchanych już fragmentów. Skłonność do dezorganizacji sprawia, że często gubią rzeczy i nie potrafią utrzymać wokół siebie porządku. Mają słabą pamięć roboczą, łatwo rozpraszają się bodźcami zewnętrznymi. Postrzegani są jako marzyciele, lecz także jako osoby apatyczne i leniwe, którym nie chce się w nic angażować. Ten typ ADHD jest częściej diagnozowany u dorosłych i dziewcząt (Williams, *What are...*, dostęp: 4.07.2021). U osoby z ADHD z przewagą nieuwagi można zaobserwować następujące objawy:

- nie zwraca uwagi na szczegóły lub popełnia nieostrożne błędy;
- ma trudności z utrzymaniem uwagi podczas wykonywania zadań lub podczas zabawy;
- wydaje się, że nie słucha, gdy mówi się do niej bezpośrednio;
- mimo że rozumie instrukcję, nie podąża za nią;
- nie kończy zadań (nie jest to przejaw zachowań buntowniczych);
- ma trudności z organizacją zadań i zajęć;
- unika lub nie lubi zadań wymagających długiego wysiłku umysłowego;
- gubi rzeczy niezbędne do wykonywania zadań lub zajęć (takie jak zabawki, książki);
- łatwo się rozprasza;
- jest zapominalska podczas wykonywania codziennych czynności (Smith, Molina, Pelham, 2002).

Stephen P. Becker i Barkley (2018) wspominają o ryzyku pomylenia zaburzeń koncentracji charakterystycznych dla ADHD z problemem spowolnienia poznawczego (*Sluggish Cognitive Tempo* – SCT). Osoby ze spowolnionym tempem poznawczym często się zamysłają, zagapiają, nie zauważają tego, co dzieje się wokół nich, wręcz popadają w letarg, sprawiają wrażenie „nieobecnych”, zaspanych. Do opisu ich zachowania często stosowane są określenia: „żyjące z głową w chmurach”, ich „umysł zaszedł mgłą”. W porównaniu z dziećmi z ADHD dzieci ze spowolnionym tempem poznawczym mają mniej problemów wynikających z nieposłuszeństwa,

agresji, impulsywności czy nadaktywności, ich relacje są także mniej problemowe. Dzieci z SCT osiągają słabsze w wyniki w testach oceniających zdolności percepcyjno-motoryczne, koordynację wzrokowo-ruchową i ogólne tempo pracy. Wymienione argumenty przemawiają za tym, że nie można traktować SCT jako odmiany ADHD.

**Mieszany typ ADHD** diagnozuje się u osób, które wykazują sześć lub więcej objawów nieuwagi oraz sześć lub więcej objawów nadpobudliwości i impulsywności. Postać mieszana spełnia zatem kryteria zarówno dla ADHD z przewagą deficytu uwagi, jak i z przewagą nadaktywności/impulsywności.

Ze względu na potwierdzony empirycznie<sup>27</sup> wysoki odsetek współwystępowania innych zaburzeń wraz z ADHD, badacze wysuwają propozycję odmiennego od dotychczasowego sposobu określania podtypów ADHD. Zespół badawczy pod kierownictwem Petera S. Jensena (2001) sugeruje, że obok tzw. czystego ADHD (bez chorób współistniejących) mogą istnieć trzy różne współwystępujące podtypy dziecięcego ADHD: (1) ADHD z zaburzeniami lękowymi, (2) ADHD z zaburzeniami opozycyjno-buntowniczymi (ODD) / zaburzeniami zachowania (CD), (3) ADHD z wieloma chorobami współistniejącymi.

## 2.3. Diagnoza różnicowa ADHD<sup>28</sup>

W procesie diagnozowania specjalista musi odpowiedzieć na pytanie, czy zachowania dziecka lub dorosłego wskazują na ADHD, czy na inne zaburzenie. Często jednak odpowiedź na pytanie typu rozstrzygnięcia („ADHD czy...?”) nie jest wystarczająca, ponieważ w przypadku ADHD należy liczyć się z wysokim prawdopodobieństwem występowania zaburzeń współistniejących z ADHD.

---

<sup>27</sup> Badania przeprowadzone wśród dorosłych osób z ADHD wskazują na następujące zaburzenia współistniejące związane z ADHD: ciężkie zaburzenia depresyjne (53,8%), fobia społeczna (38,5%), zaburzenie lękowe uogólnione (23,1%) oraz zaburzenia kontroli impulsów (30,8%). Badane osoby z ADHD miały wyższe wyniki nasilenia objawów zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych oraz zespołu lęku uogólnionego. Zgłaszały również znacznie wcześniejszy wiek zachorowania na depresję w porównaniu z osobami bez diagnozy ADHD (Van Ameringen i in., 2011). W inny sposób współzachorowalność obrazują badania, które podają, że u 44% pacjentów ADHD współwystępuje z jednym zaburzeniem, u 32% – z dwoma, u 11% – z co najmniej trzema (Kołakowski i in., 2014).

<sup>28</sup> Ewa Wysocka (2013, s. 62–65) przyjmuje cel poznania za kryterium podziału rodzaju diagnoz. Wśród nich swoje miejsce ma diagnoza różnicowa.

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi może mieć charakter pierwotny lub wtórny (np. gdy pierwszym rozpoznaniem jest uraz czaszki lub czaszkowo-mózgowy), może też współistnieć z innym zaburzeniem. Wówczas, gdy oba zaburzenia rozwinęły się niezależnie, mówi się o diagnozie równoległej (Boruc, 2020, s. 51). Z kolei ADHD, gdy jest zaburzeniem podstawowym, może prowadzić do wtórnych zaburzeń (np. nastroju). Trudności występujące u dziecka mogą również wynikać z innych zaburzeń i nie powinny być tłumaczone występowaniem ADHD. Najczęściej mylone z ADHD są choroby somatyczne, zaburzenia psychiczne oraz czynniki środowiskowe. Stany te mogą także prowadzić do niepokoju ruchowego czy zaburzeń uwagi. Na etapie wstępnego rozpoznania trzeba ustalić, który objaw pojawił się pierwszy, np. zaburzenia natury emocjonalnej czy nadruchliwość. Nadmierna aktywność dziecka może być próbą poradzenia sobie z trudnymi dla dziecka emocjami. Zaburzenia emocjonalne mogą też być reakcją na potęgujące się problemy dziecka wynikające z jego nadruchliwości. Mechanizm powstawania tych trudności ustala specjalista podczas diagnozy (Szaniawska, 2010).

Pobudzenie ruchowe oraz braki uwagi mogą być przyczyną następujących chorób somatycznych: alergie (w okresie nasilenia), nadczynność tarczycy, astma, choroby reumatyczne, choroby wątroby, wady serca, niektóre choroby pasożytnicze. Niedożywienie i anemia mogą powodować kłopoty z koncentracją. Skutkiem ubocznym przyjmowania niektórych leków jest akatyzyza, czyli zespół objawów polegający m.in. na konieczności stałego poruszania się. Objawy ADHD mogą być podobne do zmian w zachowaniu dziecka wynikających z przewlekłego zatrucia ołowiem. Podczas diagnozy w kierunku ADHD należy także wykluczyć wady wzroku i słuchu. Objawy przypominające ADHD mogą być wywoływane przez zapalenie mózgu, wolno rosnące guzy, płasawicę mniejszą, padaczkę oraz choroby zwyrodnieniowe.

Dziecko z obniżonym potencjałem intelektualnym może mieć również problemy ze skupieniem uwagi na lekcji. U dzieci z lekką niepełnosprawnością intelektualną można diagnozować ADHD, jeśli kontrola uwagi i aktywności jest nieadekwatna, obniżona w stosunku do wieku umysłowego dziecka.

Diagnoza różnicowa jest szczególnie trudna u dzieci w wieku od 4 do 7 lat, ponieważ objawy wielu chorób psychicznych są bardzo podobne, dotyczy to np. zaburzeń lękowych czy depresji. Dzieci lękowe czy depresyjne mają trudności z uwagą oraz przejawiają niepokój ruchowy. Objawy

autyzmu czy zespołu Aspergera także częściowo pokrywają się z objawami ADHD (Kołakowski i in., 2014, s. 106).

W przypadku diagnozy osób nastoletnich lub starszych trzeba uwzględnić również zaburzenia, które mogą tłumaczyć ich zachowania. Są to zaburzenia afektywne dwubiegunowe, zaburzenia wynikające z nadużywania substancji psychoaktywnych czy osobowość typu *borderline* (Szaniawska, 2010). W artykule specjalistów z Oddziału Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego w Sosnowcu (Gawęda, Nowak, Janas-Kozik, 2010, s. 117–119) został opisany przypadek ośmioletniej dziewczynki, która była kilkakrotnie hospitalizowana psychiatrycznie oraz leczona farmakologicznie (od 4. r.ż.) z powodu ADHD. Ponieważ terapia nie przynosiła rezultatów, dziewczynkę poddano kolejnej obserwacji na oddziale szpitalnym, w toku której zauważono zachowania wskazujące na formowanie się osobowości *borderline*. Nadpobudliwość i zaburzenia koncentracji uwagi były stosowanymi przez pacjentkę mechanizmami obronnymi, nadmierne pobudzenie zaś pozwalało pacjentce redukować swoje napięcia. Przyczyną trudności dziewczynki w zakresie koncentracji i nadaktywności nie było zatem ADHD, jak pierwotnie sądzono. Autorzy podkreślają słabość diagnozy dziecka, gdy jest ona oparta tylko na relacjach rodziców i nauczycieli. Osoby te są emocjonalnie związane z dzieckiem i zwracają uwagę szczególnie na te objawy, które są dla nich źródłem największych trudności w pracy z nim. Dlatego rekomendują – szczególnie jeśli mimo stosowania terapii niepokojące zachowania dziecka nasilają się – zastosowanie obserwacji klinicznej na oddziale w szpitalu. Podczas całodobowego pobytu dziecka lekarze mogą obiektywnie spojrzeć, jak dziecko funkcjonuje i odpowiedzieć, jakie znaczenie mają zachowania dziecka (Gawęda, Nowak, Janas-Kozik, 2010).

U pacjentów małoletnich i nastoletnich diagnoza różnicowa także może oscylować wokół pytania, czy ich zachowania (takie jak drażliwość, skłonność do agresji, łatwe rozpraszenie się lub „zatapianie się we własnych myślach”) są przyczyną ADHD, czy zespołu stresu pourazowego (PTSD). Opierając się na obserwacji trudno wywnioskować, czy dziecko/adolescent unika rozmowy na temat przeszłości, ponieważ go ona nudzi (co jest typowe dla ADHD), czy też stara się nie konfrontować z traumatycznym wydarzeniem (co wskazywałyby na PTSD). Czy niechęć do chodzenia do szkoły to wynik nieradzenia sobie z deficytem uwagi i nadmierną impulsywnością oraz nadruchliwością, czy spowodowana jest obecnością bodźców, które

kojarzą się z przeżytą traumą? Obie jednostki diagnostyczne mogą prowadzić do negatywnych przekonań na temat siebie i innych. Jednak ich etiologia jest różna. W przypadku ADHD wynika z ciągłego doświadczania porażek towarzyskich w relacjach z rówieśnikami, w przypadku PTSD może zaś być reakcją na traumę. Trudności dziecka z koncentracją na lekcji można uznać za kluczowy symptom ADHD, ale mogą być też wynikiem natrętnych wspomnień traumy czy flashbacków (Konowatek, 2019). Sytuację diagnostyczną komplikuje także to, że trauma może współwystępować z ADHD i nasilać jego objawy. Osoby z ADHD ze względu na słabszą odporność emocjonalną i dużą wrażliwość są również bardziej podatne na traumę. ADHD może zatem zwiększać ryzyko narażenia na traumę. W badaniach zespołu Stephanie Miodus, S., Maureen A. Allwood i Nany Amoh (2021) analizowano relacje między występowaniem objawów ADHD w dzieciństwie, narażeniem na traumę w ciągu życia a obecnymi objawami PTSD wśród studentów ( $N = 454$ ). Zmiennymi kontrolnymi były objawy depresji i lęku oraz różnice demograficzne. Wyniki wykazały, że studenci, u których w dzieciństwie zaobserwowano objawy ADHD zgłaszali znacznie większą liczbę zdarzeń traumatycznych i objawów PTSD (Miodus, Allwood, Amoh, 2021).

## 2.4. Wybrane narzędzia badawcze do diagnozy ADHD

Narzędziami rekomendowanymi, a równocześnie najczęściej stosowanymi w diagnozie ADHD w Polsce (Kołakowski i in., 2014, s. 101) są kwestionariusze CONNERS 3<sup>29</sup>, ADHD-RS<sup>30</sup> oraz narzędzia badawcze z grupy Child Behavior Checklist<sup>31</sup>. Zespół ekspertów z Wielkiej Brytanii (Young i in., 2020) wymienił, oprócz wspomnianych, powszechnie stosowane narzędzia do diagnozy ADHD u kobiet i mężczyzn. Są to: SNAP-IV Rating Scale (8–18 r.ż.; Swanson, *The SNAP-IV...*, dostęp: 6.08.2021), RATE-C, RATE (8–11 r.ż., 16–54 r.ż.; Young, *Rate and Rate C Scales, ACE*), Kiddie-SADS

<sup>29</sup> Obecnie diagności dysponują Zestawem Kwestionariuszy do Diagnozy ADHD CONNERS 3 w polskiej adaptacji autorstwa Radosława Wujcika i Emilii Wrocławskiej-Warchały.

<sup>30</sup> ADHD-RS (*ADHD Rating Scale*) składa się z dziewięciu pozycji oceniających objawy zaburzeń uwagi i dziewięciu pozycji oceniających objawy nadpobudliwości. Stopień nasilenia objawów ocenia się za pomocą skali Likerta. Początkowo funkcjonowała tylko wystandaryzowana wersja ADHD-RS dla rodziców i nauczycieli, później pojawiła się także wersja dla klinicystów.

<sup>31</sup> Child Behavior Check List (CBCL) to narzędzie zaprojektowane w celu uzyskania danych na temat problemów i kompetencji behawioralnych/emocjonalnych dziecka.

DSM-5 Screen Interview (6–18 r.ż.; Kaufman i in., 1997), Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (3–16 r.ż.; Goodman, 1997), The Vanderbilt ADHD Rating Scales (VARS) (6–12 r.ż.; Wolraich i in., 2003), The Development and Well-being Assessment (DAWBA) (2–17 r.ż.; Goodman i in., 2000), Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS; Ustun i in., 2017).

Narzędzie diagnostyczne CONNERS 3 umożliwia analizę zachowań dziecka lub dorosłego pod kątem występowania objawów ADHD oraz zaburzeń zachowania i zaburzeń opozycyjno-buntowniczych (z racji wysokich wskaźników ich współwystępowania). Wyniki uzyskane w drodze badania umożliwiają ocenę występowania ADHD i współistniejących zaburzeń z dwóch perspektyw. Pierwsza to zgodność odpowiedzi badanych z kryteriami zaburzeń określonymi przez DSM-5. Druga to odniesienie wyników do danych normalizacyjnych i sprawdzenia, czy objawy zauważone u dziecka występują z większym nasileniem niż u rówieśników tej samej płci. CONNERS 3 zawiera zatem:

- skale objawowe DSM (ADHD – deficyt uwagi, ADHD – nadaktywność/impulsywność, Zaburzenia zachowania, Zaburzenia opozycyjno-buntownicze);
- skale treściowe (Nieuwaga, Nadaktywność/Impulsywność, Problemy z nauką, Funkcje wykonawcze, Nieposłuszeństwo/Agresja, Relacje z rówieśnikami, Relacje z rodziną);
- skale kontrolne (Wrażenie pozytywne, Wrażenie negatywne, Wskaźnik niespójności);
- pytania przesiewowe (Lęk, Depresja);
- pytania dotyczące nieprzystosowania oraz dodatkowe pytania otwarte (CONNERS 3, s. 45).

Kwestionariusze CONNERS 3 są przygotowane w wersji dla nauczyciela i rodziców. Zaleca się, aby oboje rodzice wypełnili kwestionariusze, zwłaszcza jeśli nie mieszkają razem. Zbieranie ocen od więcej niż jednego nauczyciela umożliwia porównanie funkcjonowania dziecka na różnych lekcjach, dając pełniejszy obraz przystosowania dziecka do środowiska szkolnego. W zestawie kwestionariuszy CONNERS 3 znajdują się też skale samoopisowe przeznaczone dla dzieci od 8. do 18. roku życia.

Argumentem przemawiającym za tym, aby w proces diagnostyczny ADHD u dziewcząt włączyć narzędzie diagnostyczne CONNERS 3, jest uwzględnianie przez nie możliwości różnej ekspresji objawów ADHD u dziewcząt i chłopców. Podczas procedury normalizacji testu, zarówno

w wersji oryginalnej, jak i w wersji polskiej, zauważono istotne statystycznie różnice między dziewczętami a chłopcami. Skłoniło to autorów do przygotowania oddzielnych norm dla obu płci. Zabieg ten zapewnia większe prawdopodobieństwo właściwego rozpoznania ADHD u dziewcząt. Jeśli procedura normalizacji opierałaby się głównie na męskich lub mieszanych próbach, narzędzie mogłoby nie być wystarczająco wrażliwe na prezentację objawów u dziewcząt i kobiet (CONNERS 3, s. 29). Oprócz CONNERS 3 oddzielne normy dla kobiet zostały opracowane w narzędziach: Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), SNAP IV oraz Adult ADHD Self-report Rating Scale (Young i in., 2020).

Jeśli diagności nie mają dostępu do narzędzi, które uwzględniają oddzielne normy dla dziewcząt i kobiet, powinni ze znacznie większą skrupulatnością podejść do wcześniejszych etapów diagnozy (szczególnie wywiadów z rodzicami i nauczycielami).



### 3. Dziewczęta i kobiety z ADHD – wyzwania diagnostyczne

Na zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytami uwagi cierpi porównywalna liczba pacjentów płci męskiej i żeńskiej<sup>32</sup>. Zaburzenie to wciąż jednak jest postrzegane jako męska przypadłość (Nadeau, Littman, Quinn, 2016, s. 10). Na hasło ADHD w postrzeganiu społecznym zwykle pojawia się obraz tzw. niegrzecznego chłopca. Utrzymywanie się tych błędnych przekonań nie służy dziewczętom i później dorosłym kobietom z ADHD. Często nie są one diagnozowane lub stawia się im błędną diagnozę. Szacuje się, że od 50 do 75% dziewcząt z ADHD pozostaje bez pomocy (Adams, 2007).

Brak terapii lub zbyt późne jej rozpoczęcie wpływają nie tylko na pogłębianie się trudności w wypełnianiu codziennych obowiązków, trudności w uczeniu się, lecz także prowadzą do wielu niebezpiecznych powikłań (Quinn, 2005). Ponieważ widocznymi objawami u młodszych i starszych pacjentek są emocjonalny niepokój oraz spadki nastroju, leczone są u nich zwykle zachowania lękowe oraz depresja. To, co jest faktyczną przyczyną objawów (czyli ADHD), bywa pominięte. W ogólnokrajowym badaniu w Stanach Zjednoczonych, przeprowadzonym przez Harris Interactive, stwierdzono, że 14% dorastających dziewcząt z ADHD przyjmowało antydepresanty zanim postawiono u nich diagnozę ADHD i rozpoczęto leczenie w tym kierunku. Tymczasem w przypadku mężczyzn zaledwie 5% badanych było leczonych na depresję przed zdiagnozowaniem ADHD (Quinn, Wigal, 2004).

Badania prowadzone na próbach populacyjnych wskazują na dominację typu ADHD z przewagą nadpobudliwości i impulsywności u dzieci (obu płci) w wieku przedszkolnym. Zmienia się to na rzecz typu ADHD nieuważnego w okresie wczesnego dzieciństwa i utrzymuje się aż do okresu dorosłości (Willcutt, 2012; Simon i in., 2009). Badania metaanalizy

---

<sup>32</sup> O kontrowersjach wokół tego stwierdzenia napisałam we *Wprowadzeniu*.

wykazały mniejsze nasilenie nadpobudliwości-impulsywności (Gaub, Carlson, 1997) lub całej triady objawów ADHD u dziewcząt niż u chłopców. Ponieważ deficyty uwagi są mniej oczywiste, trudniej je zaobserwować od widocznych objawów nadruchliwości i impulsywności. Jest to jedna z podstawowych przyczyn braku lub późnej diagnozy dziewcząt z ADHD (Quinn, Wigal, 2004). Pojawianie się podstawowego objawu ADHD u dziewcząt, czyli nieuwagi, a co się z tym wiąże trudności z nauką w późniejszych latach edukacji szkolnej, może pozostać niezauważone lub błędnie zinterpretowane, zwłaszcza gdy na etapie edukacji wczesnoszkolnej dziewczęta są wychowywane w wysoko ustrukturyzowanym środowisku rodzinnym lub otrzymują znaczące wsparcie od innych, zwykle rodziców. Wpływa to na opóźnione, w porównaniu z chłopcami, kierowanie dziewcząt do specjalistów. Dlatego dobre stopnie i zadowalające oceny nauczycieli nie powinny być powodem wykluczenia z diagnozy.

Kolejną przyczyną sporadycznego stawiania diagnozy ADHD u dziewcząt są odmienne społeczne oczekiwania wobec przedstawicieli obu płci. Od dziewcząt wymaga się, aby były grzeczne i nie sprawiały problemów. W języku angielskim występuje termin *people-pleaser*, który można odnieść do społecznych oczekiwań względem dziewcząt. Okazuje się, że tzw. grzeczne dopasowanie do roli nie służy dziewczętom w wielu wymiarach. Socjalizowane do grzeczności, uległości, pilności, zdyscyplinowania, skupienia na wyglądzie dziewczęta są w szkole niedoceniane, co skutkuje niskim poczuciem wartości oraz bezradnością<sup>33</sup>. Dziewczęta tylko pozornie mają uprzywilejowaną pozycję w szkole. Lucyna Kopciwicz (2007) badała, jak polskie nauczycielki postrzegają uczennice i uczniów. Zdaniem większości badanych osób z dziewczętami pracuje się „łatwiej”, ale za to praca taka jest postrzegana jako nudna i mniej zabawna niż z chłopcami. Skrupulatność, pracowitość, pilność, sumienność uczennic są mniej cenione przez nauczycielki niż

---

<sup>33</sup> Mechanizm ten opisuje Krzysztof Konarzewski (2004). W porównaniu z chłopcami, dziewczęta rzadziej są upominane przez nauczycieli, co sprawia, że każde potencjalne upomnienie urasta do ważnego wydarzenia, dyskredytującego ich osobę. Treść nagany kierowanej do chłopca odnosi się zwykle do pozamerytorycznych aspektów zachowania, jakości estetycznej wykonanej pracy, braku motywacji itp. Podczas gdy informacja zwrotna, która trafia do dziewcząt odnosi się zwykle do braku zrozumienia pojęć, nieopanowania umiejętności itp. W uproszczeniu można powiedzieć, że chłopiec usłyszy: „Znów Ci się nie chciało, nie postarałeś się”, a dziewczynka: „Nie potrafisz tego, nie jesteś do tego zdolna”. Takie zachowanie nauczyciela sprzyja rozwojowi u dziewcząt poczucia braku kontroli nad wykonaniem zadania, czyli poczucia braku sprawstwa (Konarzewski, 2004, s. 116–117).

kreatywność chłopców. Dziewczęta doświadczają także częściej przemocy rówieśniczej ze względu na płeć (Chmura-Rutkowska, 2012).

Stereotypy płciowe sprawiają zatem, że rodzice i nauczyciele mogą różnie odbierać to samo zachowanie dziewcząt i chłopców. Sprawia to, że zachowania, które są podstawą do skierowania chłopców na diagnozę ADHD, w przypadku dziewcząt są bagatelizowane. W jednym z badań przedstawiano nauczycielom opisy zachowań dzieci wskazujące na ADHD. Zaobserwowano, że nauczyciele byli bardziej skłonni zalecać diagnozy, jeśli opisy dotyczyły chłopców a nie dziewcząt (Sciutto, Nolfi, Bluhm, 2004). Potwierdza to wypowiedź mamy dziewczynki z ADHD (za: Hołub, 2020, s. 160), która opisuje, jak na co dzień zmagą się z brakiem rozumienia ADHD u nauczycieli i rodziny:

Napisałam do wychowawczynie, że córka ma ADHD i zapytałam, czy może pisać prace domowe na komputerze, bo gryzmoli. Zgodziła się. Odpisała mi: „Tamara jest bardzo nietypowa jak na ADHD”. Pewnie się spodziewała, że przez całą lekcję będzie latała po klasie i wrzeszczała. To strasznie wkurzające. Dla nauczyciela dziecko, które nie zwraca na siebie uwagi, to ideał. Tama nie gada, nie zachowuje się agresywnie, nie zakłóca lekcji, tylko siedzi w ławce i odpływa. Nauczyciele się cieszą, że jest grzeczna i cichutka, nikt nie dostrzega, że ma problem.

Cały czas słyszę dziwne teksty. Przyszła do nas szwagierka, posiedziała dwie godziny i stwierdziła: „Wiesz, przyglądam się Tamarze i nie widzę u niej żadnego ADHD”.

Zarówno dziewczęta, jak i kobiety, które cierpią na ADHD, zgłaszają towarzyszące im poczucie bezsilności, gdy bezskutecznie walczą, aby sprostać oczekiwaniom dotyczącym ich społecznej roli wynikającej z płci. Te uczucia towarzyszą dziewczętom już od 8–9 roku życia. Dlatego od najmłodszych lat wkładają dużo czasu i wysiłku, aby utrzymać choćby pozory normalności. Otoczenie może postrzegać je jako dobrze funkcjonujące, ale cena, jaką płacą za to dziewczęta i kobiety, jest duża. Stopień nasilenia objawów można niejednokrotnie ocenić dopiero wówczas, gdy weźmiemy pod uwagę stopień wysiłku dziewcząt i kobiet włożonego w osiągnięcie dobrego wyniku oraz porównanie go z wysiłkiem rówieśników, którzy wykonywali to samo zadanie.

Oczekiwania (edukacyjne, zawodowe, finansowe, rodzinne i społeczne) wobec dziewcząt i kobiet wzrastają wraz z ich wiekiem oraz stopniem

samodzielności. Zakres i złożoność obowiązków są coraz większe, a pomoc, jaką otrzymują od innych coraz mniejsza (Turgay i in., 2012). Trudności wielu młodych kobiet stają się widoczne, gdy tracą one wcześniejsze wsparcie rodzinne i edukacyjne. W okresach przejściowych (np. zmiana szkoły czas dojrzewania płciowego) mogą ujawnić się lub zaostrzyć objawy ADHD, a także rozwinąć problemy internalizacyjne, prowadzące do zwiększonej podatności na ADHD (Young i in., 2020).

Wychodząc naprzeciw społecznym oczekiwaniom, dziewczęta bardziej niż chłopcy starają się ukrywać symptomy ADHD lub je kompensować (Quinn, Madhoo, 2014). Strategie maskowania objawów są różne. Aby ukryć problemy z koncentracją, dziewczęta tworzą bardzo szczegółowe notatki, przepisując całe działy z podręcznika, co postrzegane jest jako pracowitość. Obserwowane są także różne obsesyjno-kompulsywne zachowania, jak np. wielokrotne sprawdzanie, czy wszystko zostało spakowane do tornistra na następny dzień. Dziewczęta nie tylko są skłonne do poświęcania większej ilości czasu na naukę niż chłopcy, lecz mają też większą łatwość do proszenia dorosłych o pomoc (Mowlem i in., 2019; Sigler, *ADHD...*, dostęp: 1.08.2021). Wymienione strategie mają adaptacyjny lub funkcjonalny charakter, jednak nie wszystkie próby kompensacji są pomocne. Dziewczęta i kobiety, aby w szkole i pracy poradzić sobie z zalewającymi je emocjami, trudnościami czy izolacją społeczną, unikają określonych zdarzeń, sytuacji lub osób. Nie stawiają czoła problemom, nie szukają pomocy u innych i spędzają zbyt dużo czasu *on-line*. Nie są im również obce zachowania ryzykowne i stosowanie używek (Young i in., 2020).

Jak już wcześniej wspomniałam, ADHD rzadko pojawia się w izolacji. Współwystępuje m.in. z: zaburzeniami mowy, ASD, dysleksją, zaburzeniami odżywiania, zachowaniami opozycyjno-buntowniczymi, samookaleczeniami / próbami samobójczymi, depresją / zachowaniami lękowymi, fibromialgią, syndromem chronicznego zmęczenia, zaburzeniami osobowości (Young i in., 2020). Zwykle to wymienione zaburzenia są diagnozowane, ponieważ mają bardziej widoczne objawy i maskują leżące u ich podstaw ADHD. Na przykład kobietom, które mają ADHD z przewagą objawów nieuwagi oraz niski poziom pobudzenia stawiana, jest błędnie diagnoza dystymii. U kobiet zaś z ADHD w typie mieszanym lub ADHD z przewagą nadpobudliwości/impulsywności, mających wysoki poziom energii, impulsywność i agresję werbalną, diagnozowane są zaburzenia afektywne dwubiegunowe (Quinn, 2005).

Jedną z konsekwencji ADHD, którą odczuwają nie tylko dziewczęta, lecz także kobiety, jest niskie poczucie wartości. Zachowania dziewcząt z ADHD zwykle nie przystają do wzoru „młodej damy”<sup>34</sup>. Odium społeczne sprawia, że to, co u chłopców jest uznawane za typowe lub akceptowalne, u dziewcząt jest traktowane jako niestosowne. Stephen Hinshaw (2018) na podstawie badań stwierdził, że nieleczone ADHD dodatkowo może za sobą pociągać zachowania lękowe, depresję oraz podatność na uzależnienia. Kolejne groźne konsekwencje braku profesjonalnej diagnozy to zaburzenia odżywiania (bulimia, anoreksja) oraz myśli i próby samobójcze.

Nadruchliwość często manifestuje się u dziewcząt poprzez ich tzw. **gadatliwość**. Nadmiarowość przejawia się tu przez m.in.: mówienie bez przerwy, udzielanie szybkich i nieprzemyślanych odpowiedzi, przerywanie innym, chichotanie (Ohan, Johnston, 2005; Edvinsson i in., 2013). W literaturze przedmiotu można też spotkać określenie „hiperwerbalizacja”. Dziewczęta z ADHD mają potrzebę niemal bezustannego rozmawiania z innymi, także podczas lekcji. Poproszone o to, żeby nie rozmawiały, po chwili znów zaczynają mówić. Z kolei ich impulsywność przejawia się w przerywaniu wykładu nauczyciela, komentowaniu na bieżąco jego wypowiedzi. Zachowania te są poza kontrolą dziewcząt, nieintencjonalne. Niestety często postrzegane są przez nauczycieli jako arogancja lub zachowania buntownicze.

**Kłopoty w relacjach z rówieśnikami** są codziennością dziewcząt z ADHD. Reguły nawiązywania i utrzymywania relacji społecznych wymagają umiejętności odczytywania subtelnych wskazówek społecznych, których zazwyczaj nie posiadają dziewczęta z ADHD. Wykazano np. niewielkie deficyty osób z ADHD w umiejętnościach w rozpoznawaniu emocji z twarzy i głosu (Bora, Pantelis, 2016). Stąd relacje rówieśnicze dziewcząt z ADHD bywają burzliwe i skutkują częstą zmianą przyjaciół. Trudności w nawiązywaniu relacji są powodem silnych frustracji dziewcząt z ADHD i kładą się cieniem na ich poczuciu wartości. Częściej też niż rówieśnicy doświadczają one nękania, w tym wiktyimizacji fizycznej, społeczno-relacyjnej i cyberprzemocy (Sciberras, Ohan, Anderson, 2012). Na odrzucenie, którego doświadczają ze strony innych dziewcząt (Nijmeijer i in., 2008), reagują nieprzystosowanymi strategiami (Young, Chadwick i in., 2005).

---

<sup>34</sup> Odnosi się to szczególnie do dziewcząt z ADHD z przewagą nadaktywności/impulsywności.

**Trudności w utrzymywaniu uwagi**, kiedy nauczyciel mówi przez kilka minut na ten sam temat, problemy z wysłuchaniem i zapamiętaniem złożonych poleceń i instrukcji to najczęściej zgłaszane objawy ADHD u dziewcząt. Trudności w obszarze funkcji poznawczych dziewcząt i kobiet z ADHD są dobrze udokumentowane w literaturze przedmiotu. Obejmują trudności z funkcjami wykonawczymi (np. hamowanie, planowanie, pamięć robocza) oraz takimi kompetencjami poznawczymi, jak: czytanie słów, czas reakcji, nazywanie kolorów lub liter, spójność odpowiedzi (Rucklidge, Tannock, 2002; Willcutt i in., 2005). Dysleksja, dyskalkulia są często pierwszym rozpoznaniem, choć o wiele bardziej odpowiednia byłaby diagnoza ADHD (Young i in., 2020). Badania pokazują także związek między ADHD u kobiet a ogólnymi zaburzeniami funkcjonowania intelektualnego (Gaub, Carlson, 1997). Nie należy jednak zakładać, że ADHD występuje tylko u kobiet, które nigdy nie uczęszczały na studia lub którym nie udało się ich ukończyć. Objawy ADHD mogą bowiem wystąpić u wysoce inteligentnych kobiet. Dowodem są te z nich, które uzyskały tytuł naukowy lub stopień medyczny (Quinn, 2005).

**Problemy z organizacją czasu i przestrzeni osobistej**, które Caralee Adams (2007) nazywa „wyjątkowym bałaganem”, w przypadku osób z ADHD nie są okazjonalnym zaniedbaniem. Permanentny chaos i bałagan na biurku, w piórniku, plecaku czy w materiałach to bardzo wyraźne sygnały omawianego zaburzenia u dziewcząt. Kolejnym symptomem, który powinien skłonić nauczyciela do dalszych obserwacji w kierunku ADHD, jest nagminne niekończenie przez uczennicę zadań lub testów, mimo że posiada ona wiedzę i umiejętności na dany temat. Wskazuje to na deficyt funkcji wykonawczych.

ADHD sprawia, że dziewczęta **reagują bardzo emocjonalnie na zdarzenia**, które je spotykają. Ich impulsywne zachowania są nieadekwatne do sytuacji: zalewają się łzami bądź wpadają w atak wściekłości. Przykłady takich zachowań opisuje mama dziewczynki, u której zdiagnozowano ADHD (za: Hołub, 2020, s. 156):

Najbardziej męczące są jej problemy emocjonalne. Córka jest pesymistką, widzi świat w mrocznych barwach. Ma skłonności do stanów depresyjnych. Czasami po powrocie ze szkoły ryczy od samego progu. To nie jest krótki płacz, tylko długie, rozpaczliwe zawodzenie. I pretenzje: „Bo, mama, nie spakowałaś mi książkiii...”, „Bo, mama, nie



przypomniałaś mi o biologiiii...”, „Łaaaa! Bo inne dzieci coś mają, a ja nie mam, bo ty mi nie dajesz...”.

Taki ryk może trwać godzinę, w porywach do dwóch. Trudno to wytrzymać. Nic nie pomaga – ani jak pozwalam jej się wybeczeć, ani jak próbuję to przerwać, perswazją albo krzykiem. Za którymś razem pomyślałam, że pod koniec tego seansu płaczu się uspokoi i powie, o co tak naprawdę jej chodzi.

- Tama, dlaczego tak płakałaś?
- Nie wiem.
- Może byłaś zmęczona?
- Nie wiem.

**Dziewczęta częściej niż chłopcy internalizują objawy ADHD**, co wpływa destabilizująco na zdolność zarządzania emocjami. Labilność emocjonalna i problemy z rozregulowaniem emocji (drażliwość, niska tolerancja frustracji, zmiany nastroju) występują nie tylko u dziewcząt, lecz także u dorosłych kobiet z ADHD (Shaw i in., 2014; Faraone i in., 2019). Słaba kontrola emocji upośledza ich funkcjonowanie w wielu obszarach, m.in.: edukacyjnym, zawodowym, społecznym, rodzinnym (Barkley, Fischer, 2010). Wykazano także, że jest ona istotnym predyktorem poczucia niezadowolenia z życia młodych kobiet (Gudjonsson i in., 2009).

Szybka i trafna identyfikacja ADHD oraz rozpoczęcie leczenia są niezwykle ważne, ponieważ istnieją dowody empiryczne na skuteczność terapii (m.in. farmakologicznej i psychoedukacji). Pacjentki i pacjenci doświadczają długotrwałej poprawy w codziennym funkcjonowaniu (Shaw i in., 2012; Arnold i in., 2015). Dostępne terapie istotnie pomagają dzieciom, młodzieży i dorosłym, jednak nie można mówić o całkowitej ich „normalizacji”.

Ponieważ często to nauczyciele są pierwszymi specjalistami, którzy obserwują dzieci i mogą skierować je na diagnozę, ważne jest, aby umieli rozpoznać ADHD u dziewcząt. Istotne jest również to, aby mieli oni możliwość korzystania z narzędzi przesiewowych. Zwiększenie świadomości nauczycieli na temat ADHD pozwoli uniknąć nadmiernie uproszczonego postrzegania sytuacji rodzinnej jako źródła problemowego zachowania dziewcząt i dostrzeżenie, że postępowanie nauczycieli może łagodzić lub nasilać objawy ADHD u dziewcząt. Sesje szkoleniowe powinny przedstawiać symptomatologię ADHD, jej przyczyny, sposoby wczesnego wykrywania, rozpoznawania potrzeb edukacyjnych i planowania



interwencji oraz strategii wsparcia, które mogą poprawić wyniki edukacyjne. Skuteczność w identyfikacji objawów ADHD łączy się też ze zwiększaniem świadomości pracowników oświaty na temat oczekiwań i stereotypów związanych z płcią. Szkolenia z tego zakresu powinny objąć nie tylko nauczycieli szkół podstawowych, lecz także szkół średnich. Objawy ADHD mogą bowiem się nasilać, a tym samym stać się bardziej widoczne w wieku późnej adolescencji. Warto pamiętać, że nauczyciele uczący w szkole średniej mogą być pierwszymi, którzy te objawy zauważą i skierują na diagnozę (Young i in., 2020).

Rozpoznanie ADHD u dziewcząt bywa trudne z uwagi na odmienną niż u chłopców manifestację objawów. Wciąż za kłopotliwe postrzegane jest uznanie, które z symptomów ADHD są typowe dla dziewcząt (Adams, 2007). Dlatego w następnym rozdziale szczegółowo omówiłam, jak objawia się ADHD u dziewcząt, zaczynając od wieku niemowlęcego, a kończąc na okresie późnej adolescencji. Nie omówiłam oddzielnie etapu dorosłości, co nie oznacza, że ADHD nie wpływa na funkcjonowanie kobiet. Przeciwnie, ADHD może przejawiać się w wielu obszarach ich życia, a konsekwencje niezdiagnozowanego i tym samym nieleczonego ADHD kobiety mogą doświadczać bardzo dotkliwie.

Warto pamiętać, że nigdy nie jest za późno na diagnozę w kierunku ADHD. O potrzebie skierowania kobiet na diagnozę w kierunku ADHD mogą świadczyć różnorodne problemy. W sferze społecznej kobiety z ADHD mogą doświadczać np.: trudności w utrzymywaniu znajomości, problemy w związkach, lęk przed relacjami i w relacjach z innymi osobami, odrzucenie społeczne, trudności w pełnieniu roli rodzica. Kobiety mogą także uczestniczyć w epizodach prześladowania, znęcania, cyberbullyingu, zwykle jako ofiary. ADHD może wpłynąć również na przebieg kariery zawodowej. Kobiety mogą też mieć trudności z adaptacją w miejscu pracy, organizacją czasu i stanowiska pracy. Z tego powodu częściej niż inni doświadczają sytuacji utraty pracy. Kobietom z ADHD towarzyszy poczucie, że nie wykorzystują w pełni swojego potencjału. Na ich codzienne funkcjonowanie wpływają: zaburzenia snu, zaburzenia funkcji wykonawczych, załamania nerwowe / labilność emocjonalna, niskie poczucie własnej wartości, brak dbałości o higienę osobistą.

## **4. Symptomy ADHD u dziewcząt na różnych etapach rozwoju**

Symptomatologia ADHD u dziewcząt zmienia się wraz z ich wiekiem. W poprzednim rozdziale zaprezentowałam ogólne cechy wyróżniające dziewczęta i kobiety z ADHD. W dalszej części przedstawię, opierając się na analizie literatury przedmiotu, jakie objawy są charakterystyczne dla dziewcząt w różnym wieku. Brak stałości objawów, ich modyfikacja w miarę dorastania, oznacza potrzebę odmiennego podejścia do procesu diagnostycznego na poszczególnych etapach rozwoju (po pierwsze, inny charakter będą miały objawy sześciolatki, inne dwunastolatki, a jeszcze inne szesnastolatki; po drugie, nie należy się spodziewać, że te same metody wychowawcze oraz terapeutyczne będą skuteczne na każdym etapie rozwoju).

### **4.1. Predyktory ADHD w wieku niemowlęcym i poniemowlęcym**

Ponieważ zespół deficytu uwagi / nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD) jest zaburzeniem neurorozwojowym, którego początki są wczesne, badacze zastanawiają się, czy w zachowaniach niemowląt można odnaleźć zapowiedzi wystąpienia ADHD u starszych dzieci. Badając momenty wspólnej uwagi u niemowląt, wykazano, że zdolność dzieci do reagowania na momenty wspólnej uwagi lub ich inicjowania ma związek z późniejszymi kompetencjami dzieci w obszarach samoregulacji (Van Hecke i in., 2012) i kontroli emocji (Morales i in., 2005). Choć cechy korelowane z uwagą u niemowląt są kojarzone z ADHD, to jednak żadne z tych badań nie ujmowało wszystkich objawów osiowych zaburzenia. Potwierdzenie, że obserwacja aspektów uwagi u niemowląt może pozwolić przewidywać późniejszą diagnozę u tych dzieci uzyskano, dzięki wynikom badań zespołu w składzie: Rebecca L. Stephens, Heba E. Elsayed, J. Steven Reznick, Elizabeth R. Crais i Linda R. Watson (2020). Dane empiryczne na temat zdolności uwagi niemowląt zebrano wśród

276 rodziców. Opierając się na własnych obserwacjach, odpowiadali oni na liczne pytania z *The First Year Inventory* dotyczące ich dwunastomiesięcznych dzieci (Watson i in., 2007). Zachowania niemowląt wskazujące na rozwój uwagi podzielono na trzy kategorie: uwaga społeczna, inicjowanie uwagi społecznej oraz niespołeczna uwaga sensoryczna.

Do pierwszej kategorii (uwaga społeczna) kwalifikowano zachowania, w których dziecko odpowiadało bądź nie na próby przyciągnięcia uwagi przez dorosłego<sup>35</sup>. W drugiej kategorii (inicjowanie uwagi społecznej) odnoszono się do sytuacji, w których niemowlę swoim zachowaniem przejawiało chęć zwrócenia uwagi dorosłego na siebie<sup>36</sup>. Trzecia kategoria (niespołeczna uwaga sensoryczna) tłumaczona była jako moment skupienia dziecka na sensorycznych cechach przedmiotów lub własnym ciele. Ustalono związek między wszystkimi trzema kategoriami uwagi a kompetencjami w zakresie funkcji wykonawczych u dwunastomiesięcznych dzieci. Jednak wyniki analiz statystycznych pozwalają uznać, że tylko pomiar niespołecznej uwagi sensorycznej u niemowląt umożliwia przewidywanie ADHD u dzieci w wieku przedszkolnym.

Predyktorem wystąpienia objawów ADHD mogą być również indywidualne różnice w jednej z cech temperamentu niemowląt jaką jest reaktywność. W badaniach podłużnych (Miller i in., 2019) obserwowano przejawy reaktywności u czteromiesięcznych niemowląt, a następnie zestawiono je z wynikami diagnozy w kierunku ADHD, kiedy dzieci osiągnęły wiek 7 i 9 lat. Reaktywność mierzono w laboratorium, stawiając niemowlęta w sytuacji ekspozycji na nowe bodźce słuchowe i wzrokowe. Reakcje dzieci były zakodowane jako: pozytywny afekt (mierzony poprzez częstość uśmiechania się i pozytywnych wokalizacji), negatywny afekt (zoperacjonalizowany przez czas trwania płaczu i częstotliwość negatywnych wokalizacji) oraz aktywność ruchowa (rozumiana jako częstość falowania ramion, kopnięć nóg, łuków pleców i nadmiernego prostowania ciała). Zmienną towarzyszącą w badaniu był czynnik środowiskowy, za jaki uznano zachowania

---

<sup>35</sup> Przykładowe pytania z *First Year Inventory* odnoszące się do tej kategorii: Czy Twoje dziecko podniosło wzrok, bawiąc się ulubioną zabawką, jeśli mu/jej pokazałeś inną zabawkę? Co zazwyczaj musiałaś zrobić, aby Twoje dziecko odwróciło się w Twoją stronę? (Watson i in., 2007).

<sup>36</sup> Przykładowe pytania z *First Year Inventory* odnoszące się do tej kategorii: Czy Twoje dziecko próbowało zwrócić Twoją uwagę, aby pokazać Ci coś interesującego? Czy Twoje dziecko próbowało zwrócić Twoją uwagę, aby zdobyć ulubioną zabawkę lub jedzenie? (Watson i in., 2007).

opiekuńcze matki<sup>37</sup>. Badania potwierdziły, że reaktywność dzieci w wieku niemowlęcym pomaga przewidywać występowanie objawów w wieku wczesnoszkolnym. U chłopców prognostykiem późniejszych zachowań charakterystycznych dla ADHD był wyższy wskaźnik aktywności ruchowej przy jednoczesnej niższej jakości zachowań opiekuńczych matek. W przypadku dziewcząt można przewidywać pojawienie się objawów ADHD, jeśli ich reaktywność w wieku niemowlęcym opisywał przede wszystkim wymiar: pozytywny afekt, a zachowania opiekuńcze były realizowane na niższym poziomie. Badania te są warte uwagi nie tylko dlatego, że potwierdzają związek temperamentu niemowląt i występowania objawów ADHD, kiedy osiągnęły już one wiek siedmiu i dziewięciu lat, lecz także dlatego, że wskazują, że postawy rodzicielskie matek są czynnikiem zmniejszającym pojawianie się, związanego z reaktywnością, ryzyka późniejszego ADHD (Miller i in., 2019).

Objawy ADHD ujawniają się niekiedy już u dwuletnich i młodszych dzieci, chociaż niezwykle trudno odróżnić je od zachowań charakterystycznych dla tzw. buntu dwulatka. Dwuletnie dzieci miewają nieadekwatne do sytuacji napady złości. Nikogo nie dziwi także nadmiar energii dwulatka, brak umiejętności dłuższego skoncentrowania się na jednej czynności. Mimo że rodziców niepokoją przede wszystkim nadmierna aktywność, długie okresy czuwania, krótkie drzemki (niska potrzeba snu), to przejawy nadruchliwości i impulsywności u dzieci dwuletnich nie są najtrafniejszym predyktorem ADHD (O'Neill i in., 2017). Natomiast tym, co powinno zwrócić uwagę rodziców, jest upośledzona zdolność do regulacji emocji przez dziecko. Zgodnie z normą, dzieci zaczynają wykazywać zdolność regulowania swoich emocji w ciągu kilku miesięcy od urodzenia. Na przykład uczą się odwracać wzrok od rzeczy, które je denerwują, aby się uspokoić. U niemowląt z grupy ryzyka ADHD nie można zaobserwować takich zachowań.

Reakcje emocjonalne dwulatek w grupie ryzyka ADHD są o wiele bardziej intensywne niż dzieci neurotypowych. Postawione przed trudnym zadaniem dzieci z grupy ryzyka szybciej się frustrują, nadmiernie wyrażają

---

<sup>37</sup> Obserwacja, w jaki sposób matki realizują zadania opiekuńcze (np. karmienie, wspólne budowanie wieży) wobec swych dzieci, była prowadzona w trakcie wizyty domowej, kiedy niemowlęta osiągnęły wiek dziewięciu miesięcy. Badacze oceniali zachowania matek na pięciostopniowej skali Likerta w następujących wymiarach: akceptacja, wrażliwość, dostępność, stosowność, zachwyty i zachęta.

swoje niezadowolenie, wybuchają gniewem, jeśli nie radzą sobie z zadaniem i w końcu częściej rezygnują z jego wykonania. Brak kontroli nad emocjami, nadmierne reakcje wynikają z głębokiego odczuwania emocji i pozostawiania w ich władaniu. Dzieci z grupy ryzyka przeżywają, a tym samym także wyrażają bardzo intensywnie emocje pozytywne. Ich ekspresja nie jest jednak czymś, co niepokoi rodziców i opiekunów tak, jak wyrażanie emocji negatywnych. Duża wrażliwość emocjonalna dzieci z grupy ryzyka sprawia, że w wielu sytuacjach czują się one przytłoczone. Jeśli nie mają opanowanych sposobów radzenia sobie z przeciążeniem i nadmiernym stresem, to nie kontrolują własnych reakcji emocjonalnych. Są sfrustrowane, wydają się marudne, „niegrzeczne”. Zbyt duża liczba bodźców sprawia, że stają się poirytowane, ich zachowania są odczytywane jako „roszczeniowe”.

Jak wcześniej wspomniałam, napady złości są charakterystyczne dla tzw. buntu dwulotka. Jednak te będące udziałem dziecka z grupy ryzyka ADHD są częstsze (powyżej trzech razy w tygodniu), bardziej intensywnie, o dłuższym czasie trwania (ponad 15 minut) oraz trudne do przewidzenia, ponieważ są zwykle nieadekwatne do sytuacji, w której dziecko się znajduje. Rodziców może także niepokoić ostry przebieg wybuchu, któremu mogą towarzyszyć akty agresji. Dziecko niekiedy traci kontrolę nad swoją złością, nie potrafi się samodzielnie uspokoić. Napady złości u prawidłowo rozwijającego się dziecka (dwulatek i starsze dziecko) pojawiają się średnio 2–3 razy w tygodniu i trwają do ok. 15 minut, a ich przyczyny są zwykle łatwe do określenia (zmęczenie lub niechęć do wykonywania określonego zadania). Wyznacznikiem ADHD u dziecka są zachowania agresywne pojawiające się częściej niż dwa razy w miesiącu (dotyczy to dzieci powyżej 3. r.ż.) oraz incydenty samookaleczenia, takie jak uderzanie głową w ścianę, gryzienie siebie (Olson i in., 2002; Martel, 2009; Shaw i in., 2014; Steinberg, Drabick, 2015).

## 4.2. Dziewczęta z ADHD w wieku przedszkolnym

Amerykańska Akademia Pediatria (APP) rekomenduje rozpoczęcie diagnostyki ADHD u każdego dziecka w wieku 4 lat i powyżej, u którego zaobserwowano trudności w nauce, problemy z zachowaniem i objawy osiowe ADHD (Subcommittee..., 2011). Jednocześnie zalecane jest również stawianie diagnozy u dzieci w wieku przedszkolnym. Według niektórych doniesień naukowych objawy ADHD zaobserwowane między

3. a 6. r.ż. utrzymują się także u starszych dziewcząt (Law i in., 2014). Jednak w innych badaniach naukowcy raportują, że diagnoza w wieku przedszkolnym jest trafna zaledwie w 50%. W tym wieku pojawienie się objawów ADHD, a nawet postawienie diagnozy, nie determinuje występowania ADHD w późniejszych latach (Barkley, 2020, s. 155).

Okazuje się, że dziewczęta, u których zdiagnozowano ADHD w wieku przedszkolnym, mogą na następnym etapie edukacyjnym już nie spełniać kryteriów diagnostycznych tego zaburzenia. Demonstrują objawy innych zaburzeń, mają trudności z adaptacją społeczną i szkolną (Lee i in., 2008). Ta niezgodność doniesień badawczych nie może jednak zwalniać klinicystów z diagnozowania dzieci w wieku przedszkolnym. U dzieci z diagnozą ADHD w wieku przedszkolnym dominującym objawem jest nadaktywność, objawy nieuwagi są trudniejsze do zaobserwowania, ich znaczenie wzrasta dopiero ok. 6.–7. r.ż. (Curchack-Lichtin, Chacko, Halperin, 2014). Przekłada się to także na rodzaj stawianych diagnoz ADHD. U większości dzieci w tym wieku rozpoznawany jest typ ADHD z przewagą nadruchliwości oraz typ mieszany<sup>38</sup>. Natomiast u dziewcząt w wieku przedszkolnym można rozpoznać najczęściej dwa typy ADHD: z przewagą nadaktywności/impulsywności bądź z przewagą nieuwagi. Należy jednak pamiętać, że obserwowane objawy mogą nie układać się w określony wzór jednego z trzech typów ADHD, co nie wyklucza diagnozy tego zaburzenia (Nadeau, Littman, Quinn, 2016, s. 40). Obserwacje kliniczne potwierdzają, że objawy ADHD częściej pojawiają się w domu niż w przedszkolu. W przyjaznym, bezpiecznym otoczeniu dziewczęta mogą być bardziej sobą i prezentować objawy związane z zaburzeniem (Nadeau, Littman, Quinn, 2016, s. 38–39).

**Dziewczęta z ADHD z przewagą nadaktywności/impulsywności** szybciej niż inne dzieci osiągają kamienie milowe w rozwoju motorycznym, zwykle są ciągle w ruchu („w biegu”, „w drodze”). Dziewczęta te są nie tylko bardziej ruchliwe od kilka lat starszych dziewcząt w wieku szkolnym, lecz także ich nadaktywne zachowania są częściej zdeterminowane sytuacyjnie. Wysokie zdolności motoryczne i duża potrzeba ruchu sprawiają, że dziewczęta z ADHD dobrze odnajdują się na zajęciach sportowych. Z uwagi na

---

<sup>38</sup> Procentowy rozkład stwierdzonych rodzajów diagnoz ADHD wśród dzieci w wieku przedszkolnym prezentuje się następująco: 68% to ADHD z przewagą nadaktywności, 28% to typ mieszany, a 4% to typ z przewagą nieuwagi (Byrne i in., 2000).



impulsywność i kłopoty z koncentracją poleca się, aby rodzice wybierali zajęcia indywidualne zamiast grupowych, takie jak indywidualne treningi pływania. Nadaktywność, skłonność dziewcząt do podejmowania ryzykownych zachowań, np. wspinania się w niedozwolonych miejscach, sprawia, że są one częstym gościem szpitalnych oddziałów ratunkowych. W przedszkolu „rozpiera je energia”, ciągle zmieniają aktywność, jednak przy zadanej nie zatrzymują się na długo. Zabawy stolikowe bądź zajęcia dydaktyczne w przedszkolu stanowią dla nich nie lada wyzwanie. Dobrze natomiast czują się na placu zabaw lub w parku, gdzie ich aktywność jest mniej ograniczona.

Dziewczęta z ADHD mają małą potrzebę snu, a co za tym idzie trudności z: zasypianiem, bardzo wczesnym wstawaniem, a niekiedy zbyt wczesnym wybudzaniem się. U niektórych dziewcząt trudności z zasypianiem objawiają się dwubiegunowo. Jednego dnia nie zasypiają, innego zaś śpią dłużej niż pozostałe dzieci i nie dają się wybudzić z drzemki. Wszystko to widoczne jest nie tylko w domu, lecz także np. podczas tzw. leżakowania w przedszkolu (Nadeau, Littman, Quinn, 2016, s. 40–43, 48–50). Z mojej praktyki terapeutycznej wynika, że traumatyczne wspomnienie z przedszkolnego leżakowania ma wiele kobiet z ADHD, czego przykładem jest przytoczony fragment wywiadu biograficznego:

Leżakowanie to jest jedno z moich najbardziej upiornych wspomnień z przedszkola. Nigdy nie zasypiałam, wierciłam się na leżaku, próbowałam zasnąć, lecz bezskutecznie, z zazdrością przyglądałam się dzieciom, które zasypiały, w nadziei, że któreś nie zaśnie i będę mogła mu pokazać „miny”. Każda minuta dłużyła się w nieskończoność.

Dziewczęta reprezentujące typ ADHD z przewagą nadaktywności/impulsywności wcześniej zaczynają mówić, ich słownictwo jest bogate. To, co początkowo jest powodem do dumy dla rodziców, często z czasem staje się ich utrapieniem. Dziewczęta nie potrafią się powstrzymać przed mówieniem i komentowaniem, zadają wiele pytań. Rodzice są bardzo przeciążeni nadmierną rozmownością swoich pociech. Ich nadaktywność werbalna objawia się też w przedszkolu: dużo mówią, przerywają nauczycielowi i innym dzieciom. Zwykle pierwsze wrywają się do odpowiedzi, wyprzedzając rówieśników. Ich odpowiedzi są zazwyczaj prawidłowe (Nadeau, Littman, Quinn, 2016, s. 40–43, 48–50).

Wiek przedszkolny charakteryzują dwie zmiany rozwojowe. Pierwsza to przejmujący dowodzenie w funkcjonowaniu dziecka styl intruzywny.



Jest on mocno zarysowującą się skłonnością do podejmowania inicjatywy, która popycha dziecko do działań nastawionych na realizowanie, niemalże za wszelką cenę, własnych pragnień i celów. Druga to rodzące się sumienie – wewnętrzny głos pozwalający ocenić moralnie własne postępowanie – oraz postawa prospołeczna. Zadaniem rozwojowym wieku przedszkolnego jest równoważenie tych dwóch tendencji (Matejczuk, 2014, s. 9). W przypadku dziewcząt z ADHD styl intruzywny (wciskanie się, wkraczanie, atakowanie, rywalizowanie) zdaje się dominować nad rozwojem sumienia. Dziewczęta reprezentujące typ ADHD z przewagą nadaktywności/impulsywności zwykle dążą do postawienia na swoim. To one chcą ustalać reguły zabawy, obsadzać role, nie odnajdują się w zabawach z rówieśnikami oraz z dorosłymi. Dziewczęta te chcą też mieć kontrolę nad wykonaniem podstawowych czynności domowych. Walczą z rodzicami o to, jak ma wyglądać codzienna rutyna w rytmie dnia. Potrzeba bycia w centrum uwagi oraz chęć dominowania (np. w zabawie) sprawia, że dziewczęta z przybliżonej grupy nie należą do lubianych w przedszkolu.

Uważny pedagog może dostrzec przejawy impulsywności w pracach plastycznych dziewcząt z ADHD. Chcą je wykonać jak najszybciej. Rysują więc szybciej niż rówieśnicy, co nie pozostaje bez wpływu na jakość wykonywanych prac. Jest to zapowiedź późniejszego stosunku do obowiązków szkolnych. Dziewczęta mają trudności z rozpoczęciem wykonania zadania oraz ukończenia go razem z grupą. Z tego powodu niełatwo jest im sprostać wymaganiom stawianym podczas zajęć dydaktycznych przez nauczyciela.

Dziewczętom z ADHD z przewagą nadaktywności/impulsywności trudność sprawia kontrolowanie własnych reakcji. Często są one nieadekwatne do sytuacji. Objawia się to np. w braku umiejętności czekania na określoną czynność (np. przerwę podczas zajęć dydaktycznych). Odczuwają presję, żeby zaspokoić potrzebę natychmiast, w innym przypadku reagują wybuchem emocjonalnym. To, co dziewczętom bez ADHD wydaje się „małą sprawą”, w percepcji dziewcząt z ADHD urasta do tzw. sprawy życia i śmierci. Błędnie odczytują zachowania innych osób jako lekceważenie lub naruszanie ich sfery osobistej. Dziewczęta te mają również tendencję do eskalacji gwałtownych zachowań. Trudno przewidzieć nastrój dziewcząt z ADHD i ich zachowanie. W jednej chwili są ujmujące i uśmiechnięte, w następnej zaś buntują się i płaczą. Wydają się być bezradne w sytuacji wyboru, zwłaszcza jeśli możliwości jest więcej niż dwie. Dlatego zwykle są w opozycji do proponowanych im rozwiązań.

Opisane zachowania dziewcząt z ADHD bywają wyzwaniem dla pedagogów. W niektórych sytuacjach dziewczęta wymagają stałego nadzoru ze strony nauczyciela, co niejednokrotnie także jest powodem, dla którego nie są one zabierane na wycieczki lub inne zdarzenia, podczas których ważna jest dyscyplina dziecka (Nadeau, Littman, Quinn, 2016, s. 40–43, 48–50).

U dziewcząt w wieku przedszkolnym, jak już wcześniej wspomniałam, rzadziej jest rozpoznawany **typ ADHD nieważny / łatwo rozpraszający się**. Ponieważ prawidłowością rozwojową jest to, że dziecko w wieku przedszkolnym potrafi skupić uwagę na krótki czas na wykonywanym przez siebie zadaniu, trudności z koncentracją dziewcząt z ADHD nie są zauważane. Już w latach 60. ubiegłego wieku naukowcy dowiedli, że u części populacji dziewcząt z ADHD w wieku przedszkolnym objawy nie przypominają klasycznych objawów ADHD, są wręcz ich zaprzeczeniem (Waldrop i in., 1978). Rodzice opisują córki jako spokojne i łatwo przystosowujące się do nowej sytuacji, które potrafią godzinami się bawić samotnie, skupiając się na jednej ulubionej i znanej czynności. Jednak w sytuacji zwiększonej (wielokrotnej) stymulacji wydają się przytłoczone. Nie potrafią adekwatnie zareagować na polecenie, mają trudności np. ze zrozumieniem i zapamiętaniem polecenia. Zbyt wiele zadań w jednym czasie sprawia, że wolniej reagują. To potęguje jeszcze opóźnienie mowy lub zaburzenia przetwarzania słuchowego, które dotyczą część populacji dziewcząt z ADHD. Zasygnalizowana niespecyficzność objawów (np. dzieci siedzą cicho, nikomu z grupy nie przeszkadzając) sprawia, że dziewczęta te przez lata są niediagnozowane, a tym samym niezrozumiane. Pozostają same ze swoimi problemami, utwierdzając się w poczuciu, że są mniej inteligentne i nie mogą osiągnąć tego, co inni.

W przedszkolu dziewczęta te izolują się od grupy, zwykle pozostają na uboczu i poświęcają się swojej samotnej zabawie. Podczas zajęć dydaktycznych wydają się być zagubione, nie widzą, co się wokół nich dzieje, przeważnie ostatnie kończą pracę. Często bywają postrzegane jako „marzycielki”, które „śnią na jawie”. Źle reagują na zmiany, trudno jest im przyzwyczać się do nowego otoczenia i nowych osób. Wycieczka jest dla nich bardzo stresującym doświadczeniem (Nadeau, Littman, Quinn, 2016, s. 43–45, 50–51).

Udowodniono, że opóźnienia mowy dzieci, zauważone w wieku przedszkolnym (próba badawcza obejmowała dzieci od 4. r.ż.), mogą być predyktorami ADHD. Pracownicy Wydziału Psychologii i Nauk o Mózgu

z Uniwersytetu w Indianie (Petersen i in., 2013) wykazali w toku badań empirycznych, że poziom zdolności językowych badanych dzieci silniej niż odwrotnie determinował ich późniejsze problemy z zachowaniem. Wynik ten wskazuje na kierunek relacji od zdolności językowych do problemów z zachowaniem. Autorzy sugerują, że terapia mowy może być użyteczna w zapobieganiu lub nawet leczeniu deficytów uwagi i zaburzeń zachowania u dzieci (Petersen i in., 2013).

Opóźniona mowa i trudności z wysłowieniem się mogą istotnie wpływać na atrybuty uwagi dziecka, przetwarzanie informacji, zrozumienie czytanego tekstu, a tym samym na jego osiągnięcia edukacyjne. Badacze dowodzą, że istnieje związek między występowaniem objawów ADHD a trudnościami w początkowej nauce czytania. W badaniach przeprowadzonych na próbie 204 dzieci w wieku przedszkolnym (ze Stanów Zjednoczonych i Europy) podjęto się odpowiedzi na pytanie, które z objawów osiowych (nadaktywność, impulsywność bądź nieuwaga) decydują o trudnościach w nauce czytania (Sims, Lonigan, 2013). Ustalono, że to objawy nieuwagi w wieku przedszkolnym korelują z nauką czytania i pisanie (nie zaobserwowano tej korelacji w przypadku objawów nadaktywności oraz impulsywności). U dziewcząt w wieku przedszkolnym można też zaobserwować deficyty funkcji wykonawczych w zakresie hamowania, uwagi oraz gorszej pamięci roboczej (Schoemaker i in., 2014).

Zaburzenia zachowania z obydwu omawianych typów wpływają na gotowość dzieci do przedszkola, na proces ich adaptacji. Potwierdzenie znajdujemy w opublikowanych w 2012 r. badaniach pięcioletków, rozpoczynających edukację przedszkolną. Celem zespołu badaczy pod kierownictwem Guillermo Montesa było oszacowanie związku między problemami z zachowaniem dzieci a ich gotowością do przedszkola na próbie ogólnokrajowej w USA. Przebadano 1200 dzieci. Ich trudności były zweryfikowane za pomocą wywiadu z rodzicami na temat problemów z zachowaniem, diagnozy ADHD, wyniku na skali społeczno-emocjonalnej oraz korzystania z pomocy terapeutycznej w ramach wczesnego wsparcia. Do próby badawczej (176 osób) zakwalifikowano dzieci, których rodzice odpowiedzieli twierdząco na pytanie: „Czy Twoje dziecko kiedykolwiek miało problemy z zachowaniem?” oraz potwierdzono u nich diagnozę ADHD. W toku badań ustalono, że dzieci z problemami z zachowaniem rozpoczęły edukację przedszkolną z niższymi umiejętnościami w zakresie mowy i języka, motoryki, zabawy i umiejętności szkolnych, nawet po

uwzględnieniu danych demograficznych i regionu. Opóźnienia wynosiły od 0,6 do 1 odchylenia standardowego poniżej wyników dzieci z grupy porównawczej bez problemów z zachowaniem (Montes i in., 2012).

Lata edukacji przedszkolnej mają przygotować dziecko do rozpoczęcia nauki w szkole. Ten tzw. kapitał powinien obejmować: zdolność przystosowania się do nowego środowiska fizycznego i społecznego, umiejętność działania i uczenia się pod kierunkiem dorosłego, a w konsekwencji zdolność do wykorzystania zdobytej wiedzy i umiejętność działania w codziennych sytuacjach. Kluczowe w tym czasie jest także nabycie kompetencji w zakresie współdziałania z innymi dziećmi w różnych sytuacjach oraz troski o dobro grupowe (Matejczuk, 2014, s. 15–16).

Objawy ADHD mogą w istotnym stopniu opóźnić osiągnięcie gotowości szkolnej, co potwierdziły w swoich badaniach Hannah T. Perrin, Nicole A. Heller oraz Irene M. Loe (2019). Autorki dokonały oceny gotowości szkolnej dwóch grup dzieci w wieku przedszkolnym (45 dzieci z ADHD oraz 48 bez ADHD), przykładając 10 miar składowych, dotyczących pięciu domen gotowości szkolnej (rozwoju fizycznego i motorycznego; rozwoju społecznego i emocjonalnego; podejścia do uczenia się<sup>39</sup>; rozwoju mowy i języka; rozwoju poznawczego oraz wiedzy ogólnej).

W grupie badanych dzieci z ADHD wykazano znacznie gorsze średnie wyniki w 8 z 10 miar składowych i większe prawdopodobieństwo upośledzenia we wszystkich domenach z wyjątkiem rozwoju poznawczego i zasobów wiedzy ogólnej. Zestawienie wyników grup dzieci z ADHD i porównawczej wypadło na niekorzyść tej pierwszej: u 79% grupy dzieci z ADHD stwierdzono brak gotowości do szkoły, podczas gdy problem ten dotyczył tylko 13% ich rówieśników bez ADHD (Perrin, Heller, Loe, 2019).

Trudne zachowania dziecka rodzice przypisują zwykle prawidłowościom rozwojowym. Odróżnienie objawów nadruchliwości od naturalnej żywiołowości córki nie zawsze jest łatwe. Tym, co powinno zaniepokoić osoby z otoczenia dziecka, jest bezcelowe bieganie i skakanie dziecka, częste podejmowanie zachowań ryzykownych (np. wspinanie się po drzewach), jak również nieadekwatne do sytuacji reakcje emocjonalne (Nadeau, Littman, Quinn, 2016, s. 38). W sytuacji, gdy np. w przedszkolu córka określana jest jako

---

<sup>39</sup> Podejście do uczenia się odnosiło się do kompetencji w zakresie funkcji wykonawczych i oznaczało miarę zdolności osób do nadawania priorytetów działaniom oraz zadaniom, a także do samokontroli w celu monitorowania własnych zachowań oraz osiągania długoterminowych celów.

dziecko o trudnym temperamencie, do podjęcia decyzji o skierowaniu jej na diagnozę w kierunku ADHD powinno skłonić rodziców zauważanie u niej następujących zachowań (Nadeau, Littman, Quinn, 2016, s. 38–39):

- nerwowo reaguje na zmiany w otoczeniu (np. zmiana nauczyciela, zmiana miejsca lub odbywania zajęć, odstępstwo od codziennych rytuałów);
- podczas np. zabawy swobodnej lub zajęć dydaktycznych jest raczej wycofana i woli spędzać czas sama;
- czuje dyskomfort w kontakcie z niektórymi teksturami lub ubraniami;
- ma problemy z zasypianiem lub często budzi się w nocy;
- trudno ją uspokoić, a jej reakcje są nieadekwatne do sytuacji, w której się znajduje;
- ma, niczym niespowodowane (niewyjaśnione), napady złości;
- ma głód ruchu;
- podejmuje ryzykowne i niebezpieczne zachowania;
- jest bardzo impulsywna;
- jest nadmiernie wycofana;
- nie wykonuje poleceń / nie podąża za wskazówkami;
- utrzymują się u niej typowe opozycyjne zachowania charakterystyczne dla „buntu dwulatka” także w wieku trzech, czterech, pięciu lat (i powyżej);
- chrapie<sup>40</sup>.

Lista wymienionych objawów jest długa. Jednak do decyzji o podjęciu postępowania diagnostycznego skłaniają rodziców zwykle niepokojące zachowania ich dzieci w przedszkolu lub szkole (klasa 0), takie jak: akty agresji, przekraczanie granic innych dzieci oraz dorosłych (np. nadmierne przytulanie, zabieranie zabawek) oraz odmowa uczestnictwa w zajęciach dydaktycznych. Często wspomniane zachowania agresywne prowadzą do wydalenia dziecka z placówki. Do diagnozy prowadzi także obserwacja różnych przejawów odrzucenia rówieśniczego. Z jednej strony skrajna nieśmiałość, z drugiej zaś – władczość, apodyktyczność dziewcząt z ADHD sprawia, że rówieśnicy ignorują je lub wręcz ich unikają.

Przywołane zachowania dziewcząt są przedmiotem stresu rodzicielskiego (Gaffordd, *My child...*, dostęp: 20.09.2021):

---

<sup>40</sup> Wyniki badań potwierdziły, że niedrożność górnych dróg oddechowych spowodowana przerostem gruczołowo-migdałkowym może być ważną i uleczalną przyczyną ADHD i należy ją rozważyć podczas oceny chorych dzieci. Zabieg adenotonsilloktomii u tych dzieci wiąże się ze zmniejszeniem intensywności objawów ADHD (Dadgarnia i in., 2012).

„Ile razy była wysyłana na rozmowę do psychologa? Czy była agresywna? Czy dzisiaj drzemała? Ile miała wybuchów? Czy czeka nas dzisiaj napad złości?” Niemal codziennie takie myśli bombardują mój mózg, gdy jadę odebrać moją córkę z przedszkola. Niepewność jest niekończona – podobnie jak zmartwienie.

Matki<sup>41</sup> obwiniają się za nieodpowiednie zachowanie córek, wynikające z objawów ADHD, przypisując sobie niewystarczające umiejętności wychowawcze. Jakkolwiek te ostatnie nie są przyczyną ADHD, jednak mogą intensyfikować objawy. Dlatego jedną z najbardziej skutecznych form wsparcia są treningi umiejętności rodzicielskich adresowane do rodziców dzieci z ADHD (Nadeau, Littman, Quinn, 2016, s. 54–55).

### 4.3. Dziewczęta z ADHD w wieku wczesnoszkolnym

Wiek wczesnoszkolny jest traktowany jako okres zamykający dzieciństwo, co łączone jest z nowymi wyzwaniami (Kamza, 2014, s. 8). Przed dziewczętami w wieku 6–7 lat stają najważniejsze zadania – nauka oraz nawiązywanie pozytywnych relacji społecznych. Jest to też okres kształtowania się kompetencji metauczenia się: planowania, organizacji i monitorowania, który ma procentować w dalszych latach nauki szkolnej. Niewielu rodziców i nauczycieli pamięta, że okres ten jest dużym wyzwaniem dla dziewcząt z ADHD także dlatego, iż muszą one przejąć odpowiedzialność za swoje zachowanie. Powinny nauczyć się samodzielnego panowania nad objawami ADHD w nowym, przebudzonym otoczeniu, jakim jest szkoła. Objawy ADHD nie ułatwiają jednak podjęcia nowych obowiązków, są wręcz do nich w kontrze. Jest to także okres ich nasilania się. Wejście w nowe środowisko i oczekiwania związane z obowiązkami szkolnymi mogą sprawiać (i często tak się dzieje), że objawy ADHD się intensyfikują, co z kolei utrudnia wypełnianie roli uczennicy. Umiejętności pozostania w jednym miejscu, koncentracji uwagi, słuchania, hamowania zachowań impulsywnych, utrzymywania uprzejmych kontaktów z innymi dziećmi, w tym współpracy na lekcji, bądź wspólnej zabawy podczas przerwy są niezbędne dla osiągania sukcesów w szkole. Jednak sprostanie im, z uwagi na objawy ADHD, jest bardzo trudne dla dziewcząt z ADHD (Barkley,

---

<sup>41</sup> W tym miejscu warto wspomnieć, że wątek ojców dzieci z ADHD i ich relacji z córkami jest wciąż nieobecny w dyskursie naukowym, stąd w monografii odwołuję się do wypowiedzi matek.



2020, s. 156). Nie dziwi zatem, że w tym okresie dziewczęta otrzymują wiele negatywnych informacji zwrotnych: od nauczycieli, ponieważ „nie uważają na lekcjach” i od rówieśników, ponieważ nie potrafią się odnaleźć w zespole klasowym. Karanie i krytykowanie dziewcząt za zachowania, które są niezależne od ich woli, negatywnie wpływa na kształtowanie się poczucia własnej wartości. Dlatego w tym okresie kluczową rolą dorosłych jest uchronić dzieci przed nieuprawnioną krytyką (Nadeau, Littman, Quinn, 2016, s. 73).

Zadaniem rozwojowym dziecka w wieku wczesnoszkolnym jest nabywanie zdolności samodzielnego uczenia się (Nowakowska-Buryła, 2008, s. 190). Uczennice z ADHD mają większe niż chłopcy problemy z organizacją nauki a dokładniej z planowaniem i hamowaniem reakcji (O'Brien i in., 2010). Dziewczęta w tym wieku często są przytłoczone własnymi emocjami. Intensywne przeżywanie emocji nie pozwala im zebrać myśli, jasno ocenić daną sytuację i na nią zareagować. Nadmiarowość zalewających je emocji przerasta i często przeraża dziewczęta z ADHD (Nadeau, Littman, Quinn, 2016, s. 86). W rezultacie mają one trudności z czytaniem, zrozumieniem wieloetapowych instrukcji oraz rozpoczęciem wykonywania zadania. Deficyt funkcji wykonawczych można zaobserwować także w codziennych czynnościach. Dziewczęta z ADHD łatwo się rozpraszają i są chaotyczne w działaniu, często gubią rzeczy lub nie pamiętają, w którym miejscu je położyły. Tracą poczucie czasu, co sprawia, że często spóźniają się do szkoły lub na zajęcia dodatkowe. Odwlekają położenie się do łóżka, a poranne wstawanie sprawia im trudność (Nadeau, Littman, Quinn, 2016, s. 101). Rutyna (nawet przesadna), czyli utarte schematy postępowania, ułatwia dziewczętom z ADHD funkcjonowanie. Niewielkie zmiany w rytmie dnia sprawiają, że tracą one poczucie kontroli.

Wiek wczesnoszkolny charakteryzuje się silną potrzebą przynależności do grupy i współpracy z rówieśnikami (Kamza, 2014, s. 27). Utrzymanie pozytywnych relacji jest dla dziewcząt z ADHD ważne na tyle, że mogą zrezygnować z siebie i realizacji własnego celu, aby zachować oparte na przyjaźni kontakty z innymi. Mimo że relacje koleżeńskie są bardzo ważne dla dziewcząt z ADHD, często mają one trudności z ich utrzymaniem. Kiedy realizują jakiś ważny dla nich krótkoterminowy cel, oddają się mu całkowicie, nie panują nad swoimi impulsywnymi reakcjami, nie dostrzegają potrzeb innych osób. W takich sytuacjach są postrzegane jako samolubne, władcze, lubiące rywalizację i kontrolowanie innych.



Jednakże ich zachowanie wynika z braku umiejętności panowania nad impulsami, a nie ze stałej predyspozycji. Rówieśnicy, nie znając przyczyn, a tylko obserwując zachowania dziewcząt, zwykle wykluczają je z grupy. Badania pokazują, że dziewczęta są mniej lubiane przez rówieśników niż chłopcy, którzy także cierpią na to zaburzenie. Nauczyciele i rodzice uważają natomiast, że rozwój społeczny dziewcząt jest opóźniony (Goldstein, Gaub, Carlson, 1997).

Dziewczęta z ADHD mają skłonność do angażowania się w sytuacje problematyczne i niezręczne. Dowodem na to są wyniki badania, do którego zaproszono 40 dziewcząt z diagnozą ADHD i 40 bez diagnozy ADHD (Ohan, Johnston, 2007). Na potrzeby próby eksperymentalnej stworzono skomputeryzowaną grę planszową do oceny agresji u dziewcząt w kontrolowanych warunkach laboratoryjnych. Zasady gry nadawały badanym dziewczętom uprawnienia do podejmowania decyzji dotyczących współzawodniczek<sup>42</sup> i obejmowały włączenie lub wykluczenie z gry oraz rozposzechnianie plotek. Badane miały także okazję na bieżąco wysyłać wiadomości do współgrających dziewcząt. Wiadomości wysyłane na czatach zostały przez badaczy zakodowane za pomocą czterech kategorii (podane przykłady komunikatów są autentycznymi wypowiedziami badanych dziewcząt): (1) przesadna agresja (komunikaty mające na celu zastraszanie, wymuszanie, wyszydzanie, np. „zamknij się”, „ha ha wygląda na to, że straciłaś Amandę!”); (2) agresja relacyjna (komunikaty o charakterze manipulacyjnym, badane chciały za ich pomocą wpłynąć na relację ofiary z innym graczem, np. „Nie mów jej, ale nie bardzo ją lubię, ok?”, „Lubię cię, ale nie Ninę. PS. Nie mów Ninie”); (3) komentarze prospołeczne (przyjacielskie wiadomości, np. „Dobra gra dla wszystkich”, „Naprawdę lubię się z wami bawić”) oraz (4) niezręczne komentarze (kategoria ta zawiera nieoczekiwane komentarze, które nie pasowały do toku standardowej wymiany społecznej, np. „Lubię ryby”, „Siatkówka to fajny sport”). Częstość odpowiedzi w każdej kategorii została zliczona dla każdej badanej. W podsumowaniu badań można przeczytać, że w porównaniu z dziewczętami z grupy

---

<sup>42</sup> Asystentka naukowa powiedziała każdej badanej, że gra została opracowana specjalnie dla dziewcząt w tym samym wieku co ona, aby mogły się ze sobą bawić. Dodała, że osoba badana bawi się *on-line* z dwiema innymi dziewczętami w tym samym wieku i w tej samej klasie, które mieszkają w tym samym mieście. Dziewczętom powiedziano, że gracze są w innych pokojach, i że spotkają się po rozgrywce. W rzeczywistości wszystkie ruchy i komentarze współgraczy były symulowane i wstępnie zaprogramowane tak, aby były takie same dla każdej z badanych dziewcząt.

kontrolnej, dziewczęta z ADHD wykazywały rzadsze zachowania prospołeczne, nawiązywały więcej niezręcznych interakcji społecznych oraz częściej prezentowały jawną i relacyjną agresję.

Kolejne doniesienia badawcze wskazują, że w zakresie zachowań problematycznych przodują dziewczęta z ADHD o typie mieszanym w porównaniu z dziewczynkami o typie nieuważnym ADHD<sup>43</sup>. Dziewczęta z ADHD o typie mieszanym wykazywały wyższe wskaźniki agresji jawnej i relacyjnej niż dziewczęta z ADHD z przewagą nieuwagi, które z kolei wykazywały wyższe wskaźniki agresji niż dziewczęta z grupy porównawczej. Dziewczęta z podgrupy z ADHD o typie mieszanym nie były szanowane w grupie. Silna potrzeba bycia akceptowanym społecznie i intymności emocjonalnej sprawia, że dziewczęta sięgają po agresję relacyjną. Są w relacjach zaborcze i zazdrosne. Jeśli wybrana przez nie koleżanka nie odwzajemnia ich sympatii, stają się ofiarą jawnych agresywnych ataków lub manipulacji ze strony dziewcząt z ADHD. Starają się one np. zaszkodzić ich relacjom z innymi koleżankami (Zalecki, Hinshaw, 2004). Badania pokazują, że dziewczęta z ADHD częściej sięgają po agresję słowną niż chłopcy z ADHD w tym wieku (Abikoff i in., 2002). Dowodzi tego również praktyka terapeutyczna. W jednym z przeprowadzonych przeze mnie wywiadów mama dziewczynki z ADHD powiedziała:

Córka jest otwarta, nie ma problemów z nawiązywaniem kontaktów z innymi dziećmi. Ale w klasie II i III była bardzo zaborcza wobec swoich koleżanek, cały czas za nimi chodziła, narzucała swoją obecność, nie rozumiała, kiedy koleżanki nie chciały z nią rozmawiać. Pewnego razu, kiedy poczuła się odrzucona wysypała koleżance do zupy całą solniczkę soli. Czasem zdarzało się, że córka była agresywna, w szatni na basenie próbowała poddusić koleżankę ręcznikiem. Pytana przez nauczycielkę, dlaczego tak postąpiła, nie potrafiła wytłumaczyć, powiedziała, że nie wie, dlaczego tak zrobiła.

Zaskakujące jest to, że dziewczęta z ADHD, mimo iż często doświadczają porażek towarzyskich, pozytywnie postrzegają swoje kompetencje społeczne, a nawet je przeceniają, jeśli wziąć pod uwagę zarówno obiektywne kryteria, jak i subiektywne oceny dorosłych z ich otoczenia. Ta pozytywna samoocena

<sup>43</sup> W badaniu wzięło udział 228 dziewcząt (w wieku od 6 do 12 lat) ze zdiagnozowanym ADHD mieszanym ( $n = 93$ ), nieuważnym ADHD ( $n = 47$ ) oraz bez diagnozy ADHD ( $n = 88$ ). Badane były uczestniczkami obozów letnich. Ich zachowania były oceniane przez sędziów kompetentnych.

jest częściej udziałem dziewcząt z przewagą zachowań opozycyjnych, rzadziej – z przewagą zachowań depresyjnych. Tę pewność siebie można tłumaczyć brawurą dziewcząt. W rzeczywistości pełni ona funkcję mechanizmu obronnego. Za zuchwałością badane zwykle skrywają poczucie wstydu i brak zdolności do oceny własnego postępowania (Ohan, Johnston, 2011).

Nadmiarowość reakcji emocjonalnych dziewcząt oraz ich skłonność do zachowań agresywnych przekłada się na trudności z nawiązywaniem oraz utrzymywaniem relacji. Szczególnie problem ten dotyczy dziewcząt z przewagą objawów nadaktywności i impulsywności. Dziewczęta z ADHD z przewagą deficytu uwagi zwykle pozostają przy jednej znajomości. Jeśli mielibyśmy oceniać jakość przyjaźni dziewcząt z ADHD i tych bez ADHD, to jest ona porównywalna. Nie ulega jednak wątpliwości, że dziewczęta obciążone ADHD będą w relacjach bardziej konfliktowe, miejscami agresywne. Deficyty uwagi, ograniczone zdolności słuchania, nadmierna koncentracja na sobie sprawiają, że dziewczęta z ADHD nie są najlepszymi powierniczkami i towarzyszkami do przyjacielskich „pogaduszek”. Przejawem impulsywności dziewcząt jest ich nadmierna koncentracja na własnych uczuciach i potrzebach oraz przymus natychmiastowego ich zaspokojenia. Stąd postrzegane są jako niegrzeczne, niemiłe, władcze, samolubne i złośliwe. Zdarza się też, że dziewczęta, przeciążone nadmierną stymulacją, zachowują się w sposób, którego nie są potem w stanie wyjaśnić. Do tego dziewczęta z ADHD zwykle nie mają poczucia, że są przeciążone. Balansując na granicy możliwości radzenia sobie z emocjami, nie umieją zapobiec własnym reakcjom. Powodów przeciążenia może być wiele. Jednym z nich jest konieczność sprostania licznym oczekiwaniom, innym – wykonywanie jednocześnie wielu zadań. Gwałtowne reakcje, których dziewczęta nie potrafią przewidzieć ani wytłumaczyć, sprawiają, że mają one poczucie braku samokontroli. Niezdolność do panowania nad własnymi impulsami, trudności w zrozumieniu intencji i potrzeb innych osób prowadzą do tzw. towarzyskich porażek, odrzucenia towarzyskiego, które dziewczęta bardzo boleśnie odczuwają (Nadeau, Littman, Quinn, 2016, s. 86–92). Potwierdzają to również rodzice dzieci z ADHD. W jednym z wywiadów udzielonych w mojej praktyce terapeutycznej mama dziewczynki z ADHD powiedziała:

Nie mogłam nigdy nadążyć za tym, z kim przyjaźni się moja córka. Jednego dnia to była Julka, podczas gdy zaraz następnego Zuzia. Co chwila

inna dziewczynka dostawała miano BFF [*Best Friends Forever* – przyp. N.B.]. To, co było jednak najgorsze to fakt, że każda zmiana przyjaciółki łączyła się z przeżywaniem rozpaczy: płakała, pisała liściki, opisywała swoje nieszczęście w pamiętniku, po czym po dwóch dniach znów ta dziewczynka, którą ją porzuciła lub zdradziła, wracała do łask i była znów BFF.

Reakcją obronną dziewcząt na rówieśnicze odrzucenie bywa wycofywanie się z relacji z innymi. Nie pozwala to jednak realizować podstawowego zadania rozwojowego, jakim jest właśnie budowanie relacji z innymi. Dlatego dziewczęta, które nie znajdują przyjaźni wśród rówieśniczek i rówieśników, wolą się bawić z młodszymi dziećmi (Nadeau, Littman, Quinn, 2016, s. 86–92).

Negatywne doświadczenia dziewcząt w obszarze relacji społecznych rzutują na ich poczucie własnej wartości. Bywa, że z ich ust padają stwierdzenia wskazujące na myśli samobójcze (np. „żałuję, że się urodziłam”, „moje życie nie jest nic warte”). Pokazują one intensywność emocji, jakie przeżywają dziewczęta z ADHD, emocji związanych z odrzuceniem, brakiem zrozumienia. Nie powinny być one bagatelizowane, ponieważ mogą się rozwinąć w zaburzenia nastroju w późniejszym wieku.

Także negatywna ocena ze strony dorosłych odbija się na poczuciu wartości dziewcząt. W toku badań (Eisenberg, Schneider, 2007) zauważono dysproporcję między obiektywnymi osiągnięciami szkolnymi dziewcząt a subiektywnym postrzeganiem tych osiągnięć przez rodziców, które jest zdecydowanie niższe niż kryteria obiektywne. Tendencja ta jest wysoce niepokojąca, ponieważ te oceny są internalizowane przez dziewczęta. Zgodnie z zasadą samospełniającego się proroctwa, może to doprowadzić do obniżenia ich osiągnięć szkolnych. W przypadku chłopców z rozpoznaniem ADHD także zauważono, że rodzice i nauczyciele nie doceniają wyników dzieci, jednak ich oceny są bardziej adekwatne do realnych osiągnięć chłopców z ADHD niż w przypadku dziewcząt z ADHD.

Udowodniono, że klimat emocjonalny rodziny wpływa na intensywność objawów dziewcząt z ADHD. Bycie rodzicem dziecka z ADHD jest obciążające emocjonalnie, rodzice (szczególnie) matki odczuwają stres rodzicielski (Theule i in., 2013). Na trudności swoich córek mogą reagować dwojako: są krytycznie lub wręcz wrogo nastawione wobec nich lub nadmiernie angażują się w ich życie (Peris, Hinshaw, 2003). Obie te toksyczne

postawy zaobserwowane u matek dzieci w wieku wczesnoszkolnym mogą niebezpiecznie ewoluować w późniejszym wieku.

Relacje między rodzicami a dziewczynkami z ADHD komplikuje to, że niektórzy rodzice sami cierpią na ADHD. Badania zespołu z Kanady dowiodły, że symptomatologia ADHD u rodziców wpływa na odczuwanie przez nich stresu rodzicielskiego (Theule i in., 2011). Przeciążeni trudnościami z dziećmi, sfrustrowani, zawiedzeni zachowaniem swych dzieci, a jednocześnie borykający się ze swoją impulsywnością, często reagują zbyt emocjonalnie. Mogą nawet uciekać się do przemocy emocjonalnej i fizycznej. Nie ma wprawdzie badań na ten temat. Jednak są doniesienia, które wskazują, że dziewczęta z ADHD mogą częściej doświadczać przemocy fizycznej i molestowania seksualnego (Nadeau, Littman, Quinn, 2016, s. 95).

Allison M. Briscoe-Smith i Stephen P. Hinshaw (2002) zbadali wskaźniki i korelaty krzywdzenia dzieci w zróżnicowanej etnicznie i socjoekonomicznie próbie dziewcząt z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi ( $n = 140$ ) oraz dopasowanej próbie porównawczej dziewcząt bez ADHD ( $n = 88$ ). Badane dziewczęta były w wieku 6–12 lat. Autorzy odnotowali istotnie wyższą historię nadużyć wobec dziewcząt z ADHD (14,3%) niż w próbie porównawczej (4,5%). Większość przypadków krzywdzenia stwierdzono u dziewcząt z mieszanym typem ADHD w przeciwieństwie do nieuważnego typu. Dziewczęta z ADHD, które doświadczyły przemocy, w porównaniu z podgrupą dziewcząt z ADHD bez historii nadużyć, charakteryzują się częstszymi zachowaniami ekstermalizacyjnymi (w tym agresją), są też częściej odrzucane przez rówieśników. Wyniki tych badań nasuwają pytania o etiologię lub nasilanie się objawów ADHD w wyniku przeżytej traumy.

W populacji dziewcząt z ADHD w wieku wczesnoszkolnym te z przewagą objawów nieuwagi są najsilniej reprezentowaną grupą (Biederman i in., 2002). Nie przekłada się to na liczbę diagnoz przeprowadzonych we wspomnianej grupie. Objawy braku koncentracji uwagi są mniej widoczne, często trudne do zaobserwowania, ponieważ dziewczęta je w większości internalizują. Dlatego podczas diagnozy, o czym wcześniej pisałam, rekomendowane są skale do autodiagnozy. Już dzieci w wieku wczesnoszkolnym potrafią opisać swoje uczucia, jednak często trudno im się przyznać do nich lub nie uświadamiają sobie, że ich problemy są godne uwagi dorosłego (Nadeau, Littman, Quinn, 2016, s. 78).

W odróżnieniu od pozostałych typów ADHD dziewczęta z tej grupy unikają bycia w centrum uwagi, nie zakłócają porządku podczas lekcji. Są zgodne i współpracujące głównie z obawy przed krytyką innych, a szczególnie nauczyciela, na którego akceptacji bardzo im zależy. Jednak, jeśli tylko mogą unikają aktywnego uczestnictwa w lekcji, rzadko się zgłaszają do odpowiedzi, ponieważ mają niskie poczucie własnych kompetencji (wiedzy). Jeśli zabierają głos na forum klasy, mówią niepewnie, ich wypowiedzi przerywają okresy niezręcznej ciszy. Wolny proces przetwarzania informacji wpływa także na trudności dziewcząt z podążaniem za poleceniami nauczyciela i ich realizacją w wyznaczonym czasie. Podczas lekcji zamyślają się („bujają w obłokach”) i często potrzebują pomocy nauczyciela, żeby wrócić do pracy („powrócić na ziemię”). W takiej sytuacji o wiele lepiej sprawdzi się dyskretne przywołanie uwagi uczennicy (np. podejście do niej, wskazanie zeszytu), niż głośne upominanie jej na forum klasy. Wolniejsze tempo pracy oraz trudności z zaprowadzeniem porządku na swoim miejscu są często jedynymi zachowaniami dziewcząt, które niepokoją nauczycieli, dlatego też ich trudności w nauce tłumaczone są brakiem zdolności (Nadeau, Littman, Quinn, 2016, s. 78). W praktyce terapeutycznej niekiedy słyszę historie podobne do tej, opowiedzianej przez mamę dziewczynki z ADHD:

Córka miała zawsze bałagan w piórniku, a jeszcze większy w plecaku. W II klasie miała zwyczaj budowania konstrukcji na ławce, używała do tego książek, piórnika, a czasem całej zawartości plecaka. Nauczycielka poprosiła mnie, żebym przekonała córkę, by nie zaśmiecała ławki, ponieważ przeszkadza dziewczynce obok. Nauczycielka nie miała pomysłu, co może być przyczyną zachowania córki.

Objawy nieuwagi odbijają swoje piętno bardziej na dziewczynkach z typem nieuważnym niż chłopcach. Wyniki badań wskazują, że dziewczęta mają znacznie niższą motywację do nauki, stan wiedzy mierzony ocenami (niższe oceny) oraz niższy iloraz inteligencji niż chłopcy reprezentujący ten sam typ zaburzenia. Społecznie również radzą sobie o wiele gorzej, nie cieszą się popularnością wśród rówieśników, a czasem stają się także ofiarami bullyingu klasowego (Elkins i in., 2011). Doświadczeniami odrzucenia społecznego zwykle nie dzielą się ze swoimi rodzicami, przeżywają je samotnie, co może prowadzić do pierwszych reakcji lękowych lub depresyjnych. Objawy u dziewcząt w tym wieku przeważnie nie nabierają charakteru zaburzenia, ale trzeba je monitorować (Nadeau, Littman, Quinn, 2016, s. 80).



Jeszcze mniejszą szansę na zdiagnozowanie i otrzymanie wsparcia mają dziewczęta z diagnozą typu nieuważnego z wysokim ilorazem inteligencji. Ich potencjał intelektualny pozwala kompensować objawy ADHD. Mimo trudności z organizacją czasu oraz pracy, dziewczęta te mają wysokie wyniki w nauce. Nawet jeśli ujawniają się one w domu (np. marzenie na jawie, trudności z organizacją czasu, kłopoty z regulacją emocji), to wysokie noty na świadectwach zwykle sprawiają, że niestandardowe zachowania dziewcząt nie są dostrzegane lub są ignorowane przez rodziców. Koszty emocjonalne, jakie poniosą dziewczęta w związku z kompensacją objawów, będą zależą od stylu pracy nauczyciela, poziomu strukturyzacji treści kształcenia, wykorzystania metod uczenia się opartych na doświadczeniu, korzystania z wizualnych pomocy dydaktycznych. Im lepiej zorganizowana praca na lekcji, tym lepsze osiągnięcia szkolne dziewcząt i paradoksalnie dłuższa droga do ich diagnozy. Tym, co może niepokoić nauczycieli i rodziców, są infantylnie zachowania<sup>44</sup>, nieadekwatne do wieku oraz wysokiego ilorazu inteligencji kompetencje społeczno-emocjonalne. Dziewczęta z tej grupy mają zdolności poznawcze przewyższające swych rówieśników o trzy lata, co sprawia, że istnieje nawet sześćioletni rozdźwięk między ich rozwojem intelektualnym a społeczno-emocjonalnym<sup>45</sup>. Podniesiony poziom lęku, nadmiarowe reakcje emocjonalne lub odrzucenie ze strony rówieśników to tylko niektóre przejawy niedojrzałości w obszarze społeczno-emocjonalnym (Nadeau, Littman, Quinn, 2016, s. 80–82).

W wieku wczesnoszkolnym mogą pojawić się także pierwsze przejawy skłonności do perfekcjonizmu wraz z kompulsywno-obsesyjnymi zachowaniami. Zwykle są one odpowiedzią na kulturowe oczekiwania wobec dziewcząt, które powinny być zawsze schludne, grzeczne, dobrze zorganizowane. Ta presja społeczna jest silniej odczuwana przez dziewczęta cierpiące na ADHD. Świadome swojej roli społecznej jako uczennice wkładają one wiele wysiłku w kompensację objawów. Rodzice często podsycają tendencje dziewcząt. Widząc, że w niektórych sytuacjach wykazują się one rozumowaniem na wysokim poziomie, radzą sobie bardzo dobrze z operacjami umysłowymi, ich oczekiwania względem funkcjonowania dziecka

---

<sup>44</sup> U dzieci ok. 6.–7. r.ż. obserwuje się wzrost zachowań infantrylnych, który jest etapem procesu adaptacji do roli ucznia. Jest to jednak okres przejściowy, który nie utrzymuje się przez całą edukację wczesnoszkolną (Kamza, 2014, s. 23).

<sup>45</sup> Według badań rozwój emocjonalny i społeczny dziecka z ADHD (o przeciętnym poziomie inteligencji) jest o trzy lata opóźniony w stosunku do rówieśników, którzy nie posiadają ADHD.



w szkole i w domu wzrastają. Dziewczęta pragną sprostać wymaganiom rodziców. Nie zawsze jest to jednak możliwe, ponieważ nie są w stanie efektywnie zarządzać swoimi umiejętnościami wykonawczymi. Wynika to z tego, że dziewczęta nie mają kontroli nad czynnikami, które pozwalają im efektywnie się uczyć. Rodzice bywają zawiedzeni, zdezorientowani, dlatego ich zdolne dzieci nie potrafią się uczyć, wciąż powtarzają te same błędy (Nadeau, Littman, Quinn, 2016, s. 82–83).

Dziewczęta, u których dominują objawy nadaktywności i impulsywności, są częściej kierowane na diagnozę. Ich zachowanie (niepokój ruchowy, podejmowanie ryzykownych zachowań, a także ich wybuchowość oraz konfliktowość w relacjach z rówieśnikami) częściej niepokoi nauczycieli i im przeszkadza, bo odbiega od stereotypowego wizerunku tzw. grzecznej dziewczynki (Elkins i in., 2011). Intensywność tych objawów będzie wraz z wiekiem malała. Prezentowane w wieku wczesnoszkolnym objawy będą mniej widoczne (Faraone, Biederman, Mick, 2006).

W typie mieszanym ADHD objawy nadruchowości wydają się bardziej skorelowane z kulturowymi wyznacznikami płci. Trudności w kontrolowaniu emocji, nieadekwatne do sytuacji reakcje emocjonalne (nadmierny entuzjazm lub histeria) i gadatliwość, to często cechy opisywane jako kobiece. Rodzice i nauczyciele postrzegają dziewczęta jako nadmiernie skoncentrowane na sobie lub pewne siebie (Nadeau, Littman, Quinn, 2016, s. 77). Natomiast badania wskazują, że typ mieszany w tym wieku manifestuje się częściej nieuwagą i dezorganizacją niż zaburzeniami zachowania (Hinshaw i in., 2012).

U dzieci ze zdiagnozowanym podtypem mieszanym ADHD już na etapie edukacji wczesnoszkolnej pojawiają się trudności w nauce matematyki, które pogłębiają się wraz z wiekiem. Ta tendencja spadkowa jest charakterystyczna przeważnie dla mieszanego podtypu ADHD. Zazwyczaj trudności te tłumaczone są niższym potencjałem umysłowym dziewcząt. Nauczyciele i rodzice nie dostrzegają, że przyczyną trudności matematycznych ich córek może być ADHD (Nadeau, Littman, Quinn, 2016, s. 77).

Warto w tym miejscu przytoczyć badania (Counts i in., 2005), których celem była ocena związku między rodzinnym indeksem przeciwności losu a podtypami zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi i problemami behawioralnymi. Rodzinne przeciwności losu były zdefiniowane za pomocą następujących zmiennych: status społeczno-ekonomiczny rodziny, występowanie zaburzeń psychicznych u rodziców,

konflikt małżeński i stresujące wydarzenia życiowe. Wyniki wykazały, że dzieci z typem mieszanym ADHD doświadczyły więcej czynników ryzyka niż grupa kontrolna (bez ADHD) lub dzieci z typem ADHD tzw. nieuważnym. Przy czym udowodniono istnienie statystycznie istotnego związku wyłącznie między objawami nieuwagi/dezorganizacji dziecka a wynikiem wskaźnika przeciwności w rodzinie, co może wskazywać na przyczyny tych trudności w doświadczeniach dziecka.

#### 4.4. Dziewczęta z ADHD w okresie wczesnej adolescencji

Proces dorastania zaczyna się ok. 10.–12. r.ż., a kończy się ok. 20. roku życia. Ponieważ adolescencja to długi i zróżnicowany proces, dzieli się go na dwa etapy: wczesnego i późnego dorastania. Koniec edukacji wczesnoszkolnej, klasa IV i kolejne klasy szkoły podstawowej to okres wczesnej adolescencji. Dziewczęta pozostają na tym etapie do początku szkoły średniej. Zadania rozwojowe wczesnej fazy dorastania koncentrują się wokół formowania podstaw tożsamości grupowej. Są to:

- uczestniczenie w grupach rówieśniczych (grupy różnopłciowe i różnozadaniowe);
- związki heteroseksualne (przyjaźnie, inicjacja seksualna, związki pre-intymne);
- autonomia w stosunku do rodziców (niezależność emocjonalna, fizyczna, ekonomiczna);
- osiągnięcie nowych i bardziej dojrzałych relacji z rówieśnikami obojga płci;
- opanowywanie społecznej roli związanej z płcią;
- osiągnięcie emocjonalnej niezależności od dorosłych;
- przygotowywanie się do małżeństwa i życia rodzinnego;
- rozwijanie się sprawności intelektualnych i pojęć niezbędnych do kompetencji obywatelskiej;
- pożądanie i osiągnięcie społecznie odpowiedzialnego zachowania (Bardziejewska, 2005, s. 346).

W odniesieniu do wymienionych zagadnień w dalszej części opiszę przebieg okresu wczesnej adolescencji u dziewcząt z diagnozą ADHD.

Dla wielu uczniów rozpoczęcie nauki w klasie IV jest trudne. Stres wiąże się z koniecznością sprostania wymaganiom, wynikającym z nauki nowych przedmiotów z nowymi nauczycielami w nowych przestrzeniach szkolnych. Wyzwaniem dla uczniów jest zarówno nauka (nowych zagadnień

w ramach nowych przedmiotów), dostosowanie się do społecznych oczekiwań (nowych nauczycieli), jak i adaptacja do otoczenia (nowych sal oraz korytarzy). Każdy nauczyciel ma odmienny sposób sprawdzania osiągnięć ucznia (odpytywanie bądź kartkówki), prezentowania materiału i organizacji pracy na lekcji (mini wykłady, praca indywidualna bądź grupowa), różne podejście do dyscypliny, w końcu inne rozumienie roli nauczyciela i ucznia. Co gorsza, większość nauczycieli nie komunikuje swoich oczekiwań. Pozostają one w sferze ukrytego programu. Uczniowie są zatem zmuszeni do domyślania się, uczenia się poprzez doświadczenie (np. jakie będą konsekwencje niewykonania pracy domowej). Zwiększa się liczba prac zadawanych do domu, ich trudność, czas, jaki dzieci muszą poświęcić na ich wykonanie (Bednarska, 2015). Również przestrzeń, w której dzieci się znajdują, jest mniej przyjazna od tej wczesnoszkolnej, gdyż jest bardziej zatłoczona. Dodatkowo bywa tak, że dzieci muszą co 45 minut zmieniać salę lekcyjną. Opisywane kwestie są problematyczne dla dzieci bez takich zaburzeń, jak ADHD. W przypadku dziewcząt z ADHD urastają do szczególnie trudnych. Klasa IV to często moment, kiedy rodzice dzieci, które nie radzą sobie z obowiązkami szkolnymi, zgłaszają się po pomoc do poradni. Część z nich to również rodzice dziewcząt, u których wcześniej nie zdiagnozowano ADHD.

Sprawne funkcjonowanie w przeobrażonym środowisku szkolnym wymaga dobrze rozwiniętych funkcji wykonawczych. Tymczasem udowodniono, że dziewczęta z ADHD (niezależnie od jego typu) w klasach starszych szkoły podstawowej prezentują znaczną dysfunkcję w obszarze funkcji wykonawczych w porównaniu z rówieśnikami bez ADHD (Nadeau, Littman, Quinn, 2016, s. 112). Badane uzyskały niższe wyniki w zakresie pamięci roboczej, planowania, elastyczności poznawczej (Seidman i in., 2005). Dzieci z ADHD mają obniżone o dwa a nawet trzy lata zdolności w obszarze funkcji wykonawczych w porównaniu z dziećmi, które nie zmagają się z tym zaburzeniem (Wexelblatt, *What parents...*, dostęp: 6.04.2021). Znaczący to tyle, że uczniowie starszych klas posługują się umiejętnościami wykonawczymi dostępnymi większości uczniów klas początkowych.

Skoro poradzono sobie ze zwiększonymi oczekiwaniami wobec uczniów klas starszych zależy od ich funkcji wykonawczych, warto przyjrzeć się korelacjom między zadaniami ucznia a funkcjami wykonawczymi:

- do zrozumienia wskazówek zapisanych w zadaniu, samodzielnego rozpoczęcia pracy lub proszenia o pomoc w nauce potrzebna jest umiejętność metapoznania i przemyślenia własnych wyborów;

- terminowe oddawanie projektów lub pracy domowej jest uzależnione od możliwości pamięci roboczej, umiejętności przechowywania i przywoływania wielu informacji jednocześnie;
- odrabianie pracy domowej z kilku przedmiotów wymaga zdolności zarządzania czasem i ustalania priorytetów (Sklar, *Bridging...*, dostęp: 6.04.2021).

Deficyt funkcji wykonawczych sprawia, że mimo wrodzonej inteligencji i nabytej wiedzy, wyzwania związane z nową rzeczywistością szkolną zaczynają przerastać możliwości **dziewcząt z ADHD z wysokim ilorazem inteligencji**. Dzięki studium przypadku, które objęło pięć dziewcząt w wieku 12–13 lat, dowiadujemy się, że szczególnie uciążliwie są dla nich łatwość dekoncentracji oraz nudne zadania domowe. Dziewczęta te ciężko pracują: uczą się więcej od innych i wymagają od siebie więcej, aby osiągnąć sukces w szkole (Fugatea, Gentry, 2016). Okres w starszych klasach szkoły podstawowej jest szczególnie trudny dla dziewcząt, które w młodszym wieku w grupie rówieśniczej zbudowały swoje poczucie wartości i popularności na wysokich osiągnięciach szkolnych. Pożegnanie się z rolą prymusa łączy się czasem z poczuciem wstydu z powodu braku dobrych ocen (zwłaszcza gdy rówieśnicy wcześniej postrzegani jako mniej zdolni, radzą sobie lepiej od nich) (Nadeau, Littman, Quinn, 2016, s. 115–116).

Proces dojrzewania fizycznego, zmiany hormonalne oraz rozwijające się trzeciorzędowe cechy płciowe istotnie wpływają na funkcjonowanie dziewcząt z ADHD. Dysproporcja między rozwojem fizycznym a emocjonalnym sprawia, że okres ten dziewczęta doświadczają jako bardzo trudny. Wiele z nich nie akceptuje zmian, które obserwują w swoim ciele i związanej z tym konieczności używania staników, dezodorantów, podpasek. Zaskakują je również pobudzenie seksualne, zainteresowanie chłopcami. Zmiany hormonalne sprawiają także, że dziewczętom jeszcze trudniej zapanować nad impulsywnymi reakcjami (Nadeau, Littman, Quinn, 2016, s. 110–111).

Obserwuje się, że dziewczęta w tym wieku (ze względu na wahania hormonalne związane z okresem dojrzewania) są bardzo wrażliwe emocjonalnie, a co za tym idzie skłonne do konfliktów. Ze względu na trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji częściej doświadczają izolacji społecznej, co wpływa na ich niskie postrzeganie własnej osoby. To z kolei pociąga za sobą konsekwencje społeczno-emocjonalne (Elkins i in., 2011).

Jak wcześniej wspomniałam, jednym z najważniejszych zadań rozwojowych jest budowanie prawidłowych relacji z innymi. Priorytetem

dla dziewcząt z ADHD w tym wieku jest nawiązywanie i utrzymywanie relacji rówieśniczych nawet za cenę rezygnacji z samego siebie. W obawie przed brakiem popularności, lub wręcz odrzuceniem, dziewczęta stają się konformistkami, nie dzielą się swoimi uczuciami lub opiniami, jeśli stoją one w opozycji do tych uznanych przez grupę. Spontaniczne i autentyczne reakcje mogą kosztować dziewczęta drogo, bo utratę przyjaciół. Dziewczęta skrywają zatem swoje prawdziwe „ja”. W poprzednim podrozdziale opisałam, jak ważne dla dziewcząt z ADHD są relacje koleżeńskie. Paradoksalnie, są one tym ważniejsze, im większe są problemy dziewcząt z ADHD z ich budowaniem. Dlatego też dziewczęta z ADHD, często również te odczuwające swoją inność wynikającą z zaburzenia, z dużym prawdopodobieństwem będą tworzyły alternatywne wersje swojego wizerunku. Z jednej strony arogancja, z drugiej – ugodowość lub rezerwa, czyli zwykle postawy obronne, za którymi ukrywają się dziewczęta z ADHD. Mimo porównywalnego nasilenia objawów kryterialnych, dziewczęta z ADHD są częściej narażone na odrzucenie rówieśnicze niż chłopcy z ADHD. Tendencja ta tłumaczona jest nieprzystawalnością zachowań wynikających z objawów do roli dziewczynki. Te same lub podobne zachowania u chłopców nie dziwią, a czasem są nawet powodem dodatkowej popularności. Udowodniono także znacznie silniejszy wpływ relacji społecznych na ogólny rozwój dziewcząt (Nadeau, Littman, Quinn, 2016, s. 106).

Klimat relacji rówieśniczych w okresie wczesnej adolescencji nie sprzyja ujawnianiu swojego „ja”, mówieniu o swoich odczuciach (np. lękach, rozczarowaniach), dlatego w tym wieku obserwuje się u dzieci wzrost internalizacji symptomów ADHD. Proces internalizacji pozwala zatuszować najbardziej widoczne i dokuczliwe objawy zaburzenia. Jednak jego kosztem jest pojawienie się innych przejawów zinternalizowanego lęku, takich jak: szybka mowa, nieuzasadniona irytacja, niepokój, unikanie, ruminacje lub obsesje, wyolbrzymiony strach, kłopoty ze snem, epizody paniki, bóle głowy i brzucha (Nadeau, Littman, Quinn, 2016, s. 108). Bagatelizowanie tych przejawów może prowadzić do rozwoju zaburzeń, takich jak lęk separacyjny u dorastających dziewcząt. Z kolei najczęściej występujące zinternalizowane objawy związane z niskim poczuciem wartości to: wycofywanie się z relacji aż do izolacji, poczucie winy i wstydu, myśli depresyjne, płaczliwość, senność, rozpacz oraz demoralizacja (Bauermeister i in., 2007; Skogli i in., 2013). Badania dowodzą, że dziewczęta, które prezentują wymienione zinternalizowane objawy, są zwykle negatywnie postrzegane

przez rówieśników, nauczycieli i rodziców. Okazuje się, że na ocenę dziecka większy wpływ mają zinternalizowane objawy niż przejawy ADHD same w sobie. To pokazuje, że mogą one mieć znaczny udział w przebiegu ADHD i dalszym rozwoju dziewcząt (Becker, Langberg, 2013).

Specyfiką objawów uwewnętrznionych jest to, że trudno jest je zaobserwować (a następnie rozpoznać jako związane z ADHD) u dziewcząt, które się z nimi zmagają. Dodatkową trudnością jest to, że dziewczęta zwykle nie zdają sobie sprawy, iż to, czego doświadczają, jest w jakiś sposób wyjątkowe, różni je od innych i wymaga uwagi. Nierzadko nie potrafią tych odczuć także opisać. Stąd w diagnozie dziewcząt z ADHD należy uwzględnić narzędzie do autooceny występowania zinternalizowanych objawów (Skogli i in., 2003).

Pracownicy naukowcy Uniwersytetu w Berkeley przeprowadzili badania, których celem było określenie popularności dziewcząt z ADHD w grupie rówieśniczej oraz wśród opiekunów. Dociekania przeprowadzono wśród 149 dziewcząt w wieku od 6 do 12 lat. W wybranej grupie 91 osób (61%) reprezentowało dziewczęta z ADHD, a 58 osób (39%) stanowiło grupę porównawczą (dziewczęta bez ADHD). W grupie dziewcząt, które nie były lubiane zarówno przez swoje koleżanki, jak i dorosłych, było 86% tych borykających się z ADHD. Dla porównania w grupie tzw. podwójnego wyboru pozytywnego (ze strony rówieśników oraz opiekunów) było 83% dziewcząt z grupy porównawczej. Jak wynika z badań, dziewczęta z ADHD są narażone na „podwójną niechęć” zarówno ze strony rówieśników, jak i dorosłych. Przy czym potwierdzono, że bardzo ważne w budowaniu relacji rówieśniczych dziewcząt z ADHD, jest to, jak oceniają je dorośli, nauczyciele bądź wychowawcy. Dziewczęta z ADHD były przeważnie określane jako nielubiane przez rówieśników, jeśli nie były darzone sympatią przez wychowawców (Mikami, Chi, Hinshaw, 2004). Dziewczęta z ADHD mają świadomość, że ich zachowanie wpływa na to, jak są oceniane przez innych. Jest to dla nich obciążające, skutkuje obniżonym poczuciem własnej wartości, motywacją oraz zwiększa prawdopodobieństwo depresji i stanów lękowych (Rucklidge, Tannock, 2001).

Akceptacja przez nauczycieli, wychowawców i opiekunów jest jednym ze zidentyfikowanych, w toku badań metaanalizy (Kok i in., 2016), czynników chroniących przed rozwojem problematycznych interakcji dziewcząt z ADHD z rówieśnikami. Dziewczęta z ADHD rzadziej wywołują konflikty z innymi, jeśli: mają doświadczenia w nawiązaniu



i utrzymywaniu przyjaźni, wysoko oceniają własne osiągnięcia szkolne oraz posiadają umiejętność angażowania się w samodzielną zabawę. Przed doświadczaniem przemocy rówieśniczej i jej konsekwencji chronią przede wszystkim przyjaźnie określone jako autentyczne, głębokie, wysokiej jakości. Autorzy opracowania (Kok i in., 2016) wyodrębnili także czynniki ryzyka: odrzucenie rówieśnicze, niski status społeczny wśród rówieśników, niskie kompetencje społeczne, eksternalizacja i internalizacja objawów. Ich występowanie zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia problematycznych zachowań w interakcjach z innymi.

Stres wśród uczniów jest tematem często poruszonym w literaturze. Według raportu „Stres wśród dzieci i młodzieży” przeprowadzonego przez Obserwatorium Integracji Społecznej ponad 50% uczniów klasy VI wskazuje niepowodzenia w nauce jako przyczynę stresu, w kolejnej klasie odsetek ten wzrasta już o 10%. Dla porównania brak akceptacji rówieśników jako stresor wskazuje jedynie 30% ankietowanych szóstoklasistów, problem ten wzrasta jednak gwałtownie w klasach starszych. To szkoła jest najczęściej wskazywanym miejscem, w którym nastolatki doświadczają stresu (83% uczniów klasy I szkoły średniej). Jako sposób na walkę ze stresem najwięcej uczniów wskazuje utrzymywanie kontaktu z koleżankami i kolegami, którzy ich akceptują (Stres..., 2011).

Problem zachowań agresywnych dziewcząt z ADHD pojawia się już na etapie edukacji wczesnoszkolnej, a w klasach starszych szkoły podstawowej utrzymuje się on m.in. w postaci agresji relacyjnej. Dziewczęta z ADHD stosują agresję bierną, podczas gdy chłopcy z ADHD – głównie agresję fizyczną (Monuteaux i in., 2004). Przykładowe zachowania, które można zaobserwować wśród dziewcząt to: rozsiewanie złośliwych plotek, nakazywanie innym, by nie rozmawiali z określoną osobą, ograniczanie dostępu do spotkań i życia grupy, grożenie: „Nie będę się z Tobą przyjaźnić, jeśli...”. Współcześnie część relacyjnej agresji przenosi się do Internetu (Ohan, Johnston, 2007). Dziewczęta zakładają grupy na popularnych komunikatorach. Niejednokrotnie dochodzi tam do nieprzyjemnych wymian zdań, obrażania, obelg. To sprawa, że grupy te cechuje duża dynamika. Jedne uczestniczki są z nich wyrzucane, a kolejne są do nich przyjmowane.

Ponieważ rozwój społeczny dziewcząt z ADHD jest opóźniony, rzadko nawiązują one przyjacielskie relacje w klasach początkowych. Pierwszych przyjaźni doświadczają dopiero w starszych klasach. Niestety, niejednokrotnie nie szanują tych relacji, nadużywają zaufania, którym zostały



obdarzone, a w sytuacjach konfliktowych potrafią zdradzić innym najskrytsze sekrety przyjaciółek. Jak można zauważyć, problem relacji społecznych dziewcząt z ADHD jest złożony. Mogą być ofiarami przemocy rówieśniczej (szczególnie odnosi się to do dziewcząt z przewagą nieuwagi). Z drugiej strony same bywają agresorkami i prowodyrkami przemocy rówieśniczej. Zarówno te dziewczęta, które prezentują agresywne zachowania, jak i te które są ofiarami, bardzo potrzebują aprobaty rówieśników. Aby zdobyć przyjaźń, uznanie, uwagę drugiej osoby, są czasem skłonne do irracjonalnych zachowań. Potrafią wykraść biżuterię ze szkatułki mamy i podarować ją swojej koleżance lub chodzić na zajęcia dodatkowe, które nie są w obszarze ich zainteresowań, aby tylko komuś zaimponować (Nadeau, Littman, Quinn, 2016, s. 116–118).

Dziewczęta, które doświadczają odrzucenia ze strony koleżanek przenoszą swoje zainteresowanie w stronę kolegów. Imponuje im to, że podobają się chłopcom, że otrzymują od nich uwagę i uznanie, których nie miały szans uzyskać w relacjach z koleżankami. To sprawia, że bardzo angażują się w związki, co czasem, wraz z ograniczoną kontrolą impulsów, prowadzi do przedwczesnego rozpoczęcia życia seksualnego (Nadeau, Littman, Quinn, 2016, s. 118–119).

Deficyt (a nawet rozregulowanie) kontroli impulsów (impulsywność) wpływa także na trudność dziewcząt z zapanowaniem nad swoimi nawykami żywieniowymi. Dzieci cierpiące na zespół utraty kontroli jedzenia (LOC-ES)<sup>46</sup> nie są w stanie panować nad tym, ile jedzą, mogą jeść zbyt dużo, zbyt szybko, gdy nie są głodne (Reinblatt i in., 2015). Naukowcy z Johns Hopkins Children's Center odkryli, że dzieci z ADHD są znacznie bardziej narażone na zespół utraty kontroli jedzenia niż dzieci, u których nie zdiagnozowano tego schorzenia. W badaniu uczestniczyło 79 dzieci w wieku od 8 do 14 lat, mieszkających w rejonie Baltimore (Stany

---

<sup>46</sup> Zespół utraty kontroli jedzenia (LOC-ES) ma zbliżoną symptomatologię do zaburzenia z napadami objadania się (*Binge-Eating Disorder* – BED), stan częściej diagnozowany tylko u dorosłych. Kryteria diagnostyczne zaburzenia z napadami objadania się (BED) według DSM-5: (A) Powtarzające się epizody niepohamowanego jedzenia; (B) Współwystępowanie z powyższym przynajmniej trzech następujących objawów: Jedzenie dużo szybsze niż normalnie, Jedzenie aż do nieprzyjemnego uczucia pełności, Jedzenie dużych porcji jedzenia pomimo nieodczuwania fizycznego głodu, Jedzenie w samotności z powodu wstydu/zakłopotania jedzeniem, Odczuwanie wstrętu do siebie, depresji lub winy po przejedzeniu; (C) Wyraźne cierpienie dotyczące niepohamowanego jedzenia; (D) Występowanie niepohamowanego jedzenia co najmniej raz w tygodniu przez trzy miesiące; (E) Brak powtarzających się czynności kompensacyjnych w związku z niepohamowanym jedzeniem.

Zjednoczone). Na podstawie wywiadów, raportów rodziców i testów neuropsychologicznych ustalono, że dzieci z ADHD były 12 razy bardziej narażone na zespół utraty kontroli jedzenia. Ponadto naukowcy odkryli także następującą korelację: badane dzieci, które miały nadwagę, były siedmiokrotnie bardziej narażone na ADHD. Na zaburzenia odżywiania cierpią częściej dziewczęta z ADHD, które doświadczają odrzucenia rówieśniczego (Mikami, Hinshaw, 2006).

U dziewcząt z ADHD problemy z odżywianiem zaczynają się nasilać nie tylko w wyniku braku kontroli impulsów, lecz także coraz większej świadomości na temat tego, jaką rolę społeczeństwo przypisuje dziewczętom i kobietom. Dziewczęta już w trakcie edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej dowiadują się, że powinny być grzeczne i ładne. W okresie wczesnej adolescencji odbierają komunikaty od dorosłych i rówieśników (bezpośrednio lub z różnych przekazów medialnych), że dodatkowo powinny być szczupłe. Społeczeństwo wyznacza dziewczętom trudne do osiągnięcia standardy atrakcyjności. Dlatego dziewczęta mają tendencję do surowej oceny własnej osoby. Kiedy porównują się z atrakcyjnymi modelkami, piosenkarkami, youtuberkami lub rówieśniczkami, doświadczają poczucia wstydu, lęku, niskiego poczucia własnej wartości.

Następnym problemem, z którym borykają się dziewczęta w tym wieku jest nadmierowe korzystanie z mediów, czyli bierna i aktywna obecność dziewcząt w świecie wirtualnym. Istnieją dowody sugerujące, że nasilone objawy ADHD są związane z nadmiernym korzystaniem z Internetu u dzieci i młodzieży (Yen i in., 2007). Naukowcom nie udało się jednak jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie o przyczynowy kierunek tego związku. Podwyższone objawy ADHD mogą wywołać nadmierne korzystanie z Internetu, ale równie prawdziwe jest stwierdzenie, że nadmierne korzystanie z Internetu może prowadzić do nasilenia objawów ADHD (Wang i in., 2017). Niejasne jest także, czy zaobserwowany związek jest silniejszy u mężczyzn czy kobiet, czy może jest równoważny dla obu płci (Yen i in., 2007). Na podstawie wyników szeroko zakrojonego internetowego badania zachowań dorosłych w Internecie w Norwegii wiemy, że uzależniające korzystanie z mediów społecznościowych było częstsze u kobiet (Andreassen i in., 2016).

Rodzice, którzy obserwują czasem wielogodzinną aktywność *on-line* swoich córek, zaczynają kwestionować posiadanie przez nie ADHD. Skoro córka potrafi się skupić na grach komputerowych, filmikach na YouTube

lub TikTok, to dlaczego nie koncentruje się na lekcjach lub podczas odrabiania prac domowych? Długie korzystanie z mediów jest możliwe, ponieważ te ostatnie dostarczają mózgowi stymulującą kombinację czynników: ciągle zmieniające się bodźce multisensoryczne, natychmiastowe i zróżnicowane nagrody. Dziecko może też zawsze łatwo i szybko zrezygnować z danego programu lub gry, gdy czuje się przytłoczone, zirytowane lub znudzone. Żadna, nawet najatrakcyjniej przeprowadzona lekcja bądź najstaranniej zaplanowana praca domowa, nie jest w stanie spełnić wymienionych warunków. Dlatego dziewczęta z ADHD mogą być oddane przez wiele godzin aktywności *on-line*, lecz utrzymanie uwagi wystarczająco długo, aby odrobić pracę domową, jest już dużym wyzwaniem (Nadeau, Littman, Quinn, 2016, s. 121).

Świat wirtualny stwarza możliwości kompensacji niepowodzeń w życiu towarzyskim. Pominięte lub odtrącone dziewczęta z ADHD szukają akceptacji w Internecie, czasem nawet zmieniają swoją tożsamość (Nadeau, Littman, Quinn, 2016, s. 119). Jednak, tak jak w życiu realnym, dziewczęta mogą być autorkami cyberbullyingu lub jego ofiarami. Badania potwierdzają występowanie korelacji pozytywnej: dziewczęta, które doświadczają agresji elektronicznej<sup>47</sup>, są także ofiarami prześladowań rówieśników w sali lekcyjnej, na stołówce, w szatni lub boisku szkolnym (Salmivalli, Sainio, Hodges, 2013).

Aktywność *on-line* dziewcząt z ADHD może być źródłem zagrożeń. Jednak przemyślane korzystanie z mediów społecznościowych może przynieść

---

<sup>47</sup> Autorzy badań posługują się terminem: „elektroniczna wiktyimizacja”, zdefiniowanym jako „agresywne, umyślne czyny popełnione przez grupę osób lub indywidualne, z wykorzystaniem elektronicznych form kontaktu, wielokrotnie i w pewnym przedziale czasowym przeciwko ofierze, która nie może łatwo się bronić” (Smith, Slonje, 2010, s. 249). Przykładowe rodzaje agresji elektronicznej: *Flaming* to agresywna wymiana zdań między uczestnikami kanałów komunikacji internetowej, które mają z reguły charakter publiczny; *Prześladowanie (harassment)* to regularne przesyłanie nieprzyjemnych (agresywnych, ośmieszających) wiadomości do ofiary za pomocą elektronicznych kanałów komunikacji; *Kradzież tożsamości (impersonation)* polega na podszywaniu się w cyberprzestrzeni pod ofiarę; *Upublicznianie tajemnic (outing)* to przekazywanie do wiadomości innych osób prywatnych materiałów ofiary, w których posiadanie wszedł sprawca (zapisy rozmów, listy, zdjęcia); *Śledzenie (cyberstalking)* to obserwowanie innej osoby elektronicznie i bombardowanie jej niechcianymi komunikatami; *Happy slapping* to prowokowanie lub atakowanie innej osoby oraz dokumentowanie zdarzenia za pomocą filmu lub zdjęć; *Oczernienie (denigration)* – upublicznianie za pomocą elektronicznych narzędzi komunikacji informacji poniżających i nieprawdziwych na temat innych osób; *Wykluczenie (exclusion)* to celowe usunięcie bądź niedopuszczenie danej osoby do listy kontaktów internetowych; *Agresja „techniczna”* to np. celowe rozesyłanie wirusów komputerowych lub włamywanie się do komputerów innych osób (*hacking*) oraz blokowanie dostępu do pewnych usług, np. poczty internetowej ofiary (Pyżalski, 2010).

także korzyści. Merriam Sarcia Saunders – terapeutka pracująca z rodzinami, w których zdiagnozowano ADHD u któregoś członków rodziny – twierdzi, że platformy mediów społecznościowych mogą być poligonem doświadczalnym, na którym dziewczęta mogą się uczyć rozumienia i reagowania na komunikaty rówieśników. W rzeczywistości wirtualnej komunikacja odbywa się w drodze wymiany tekstu i obrazu, interakcje przyjmują charakter asynchroniczny (nierównoczesny, np. podczas pisania komentarzy do postów na Facebooku, Instagramie) lub synchroniczny (równoczesny, podczas rozmowy na czacie). Obie te formy zapewniają dziewczętom czas do namysłu przed udzieleniem odpowiedzi. Dziewczęta mogą zapytać rodzica o to, jak należy rozumieć daną wypowiedź, oraz jak można na nią odpowiedzieć. Wspólna analiza rozmów córki z jej koleżankami pozwala z dystansu, w asyście zaufanej osoby, zastanowić się nad tym, co jest istotą przyjaznej relacji z drugą osobą, określić, czy dane zachowanie komunikacyjne drugiej osoby jest krzywdzące (Saunders, *When best...*, dostęp: 17.09.2021).

Rozbudzona seksualność dziewcząt oraz ciekawość prowadzi je na strony internetowe i czaty poświęcone tej tematyce. Taka aktywność *on-line* jest szczególnym zagrożeniem, jeśli dziewczęta odpowiadają na wiadomości innych osób lub impulsywnie, bez zastanowienia podają swoje dane, wysyłają zdjęcia (Nadeau, Littman, Quinn, 2016, s. 122).

Wielogodzinna aktywność w świecie wirtualnym może sprawić, że dziewczęta trafią na społeczność internetową, do której przynależność będzie dla nich bardzo ważna. Jeśli cele i działalność tej grupy będą problematyczne, nielegalne, a nawet niebezpieczne, to satysfakcja z uzyskania akceptacji innych osób sprawi, że zaangażują się one w nią bezrefleksyjnie. Czynniki udział w życiu grupy łączy się z całkowitym oddaniem, poświęceniem swojego czasu i energii, przeznaczonych na naukę, a także grozi zdemaskowaniem przez rodziców. Ryzyko jest dla mózgu dziewcząt z ADHD wysoko stymulujące i uzależniające. Zarządzanie ryzykiem daje im poczucie sprawstwa i satysfakcji porównywalne do sukcesu towarzyskiego, o którym marzą dziewczęta z ADHD, a nawet zastępuje je. Impulsywność dziewcząt z ADHD oraz brak umiejętności oceny sytuacji sprawia, że dziewczęta afiszują się ze swoją aktywnością w niebezpiecznej grupie lub podejmują inne nierozważne zachowania, które w konsekwencji doprowadzają do zdemaskowania ryzykownych działań. Jakie zachowania powinny zaniepokoić rodziców i być dla nich sygnałem, że być może córki angażują się w niepożądaną aktywność? Mogą to być: nagła, niczym nieuzasadniona

zmiana wizerunku: ubioru, uczesania, makijażu, chęć zrobienia tatuażu, pojawienie się nowych znajomych oraz trudność w ustaleniu, czym zajmują się dziewczęta w czasie wolnym (Nadeau, Littman, Quinn, 2016, s. 122–125). Ujawnienie faktu, że córki brały udział w ryzykownych działaniach, zwykle przeraża ich rodziców. Powinni oni jednak pamiętać, że impulsem do zaangażowania się we wspomniane grupy była desperacka potrzeba akceptacji.

#### 4.5. Dziewczęta z ADHD w okresie późnej adolescencji

Granica między wczesnym a późnym dojrzewaniem jest umowna (ok. 16.–17. r.ż.). Można powiedzieć, że etap późnej adolescencji dziewczęta osiągają w klasie II szkoły średniej (Bardziejewska, 2005, s. 345).

Podobnie jak we wczesnej fazie adolescencji, zadania rozwojowe późnej fazy dorastania koncentrują się wokół formowania podstaw tożsamości indywidualnej. Dla tego okresu są to:

- dojrzewanie fizyczne (wzrost masy ciała, dojrzewanie seksualne, skok pokwitaniowy);
- operacje formalne (złożone operacje na pojęciach, stabilizacja wzajemnych powiązań, myślenie formalne – rozumowanie moralne);
- rozwój emocjonalny – kontrola nad emocjami;
- tożsamość dotycząca roli seksualnej (internalizacja standardów i oczekiwań społecznych);
- przejście do moralności postkonwencjonalnej;
- wybory dotyczące zawodu i pracy – początki tożsamości zawodowej;
- akceptowanie swojej fizyczności i efektywne korzystanie z własnego ciała;
- osiągnięcie bezpieczeństwa i niezależności ekonomicznej;
- nabycie zbioru wartości oraz systemu etycznego jako przewodnika zachowania (Bardziejewska, 2005, s. 346).

Mimo życzeniowego myślenia rodziców, którzy mają nadzieję na ustąpienie objawów ADHD oraz obiegowego przekonania, że z ADHD się wyrasta, badania empiryczne wskazują, że – mimo złagodzenia objawów – ADHD, w istotny sposób upośledza funkcjonowanie nastoletnich dziewcząt<sup>48</sup>. Badacze (Owens i in., 2009) skupieni wokół Uniwersytetu

---

<sup>48</sup> Przekonanie, że z ADHD jest zaburzeniem wieku dziecięcego, z którego się wyrasta, jest nieprawdziwe nie tylko w stosunku do dziewcząt z ADHD, lecz także chłopców. Badania pokazują,

w Kalifornii oraz Uniwersytetu w Chicago przeprowadzili porównawcze dociekania podłużne wśród dziewcząt z ADHD i dziewcząt, które nie cierpią na to zaburzenie (grupa porównawcza)<sup>49</sup>. Celem była ocena pozytywnego dostosowania nastolatków w sześciu domenach: objawy ADHD, przejawy eksternalizacji objawów (problemy z zachowaniem), przejawy internalizacji (np. symptomy zachowań lękowych i depresyjnych), umiejętności społeczne, akceptacja rówieśników i osiągnięcia szkolne. Przyjmując za punkt odniesienia wymienione czynniki badacze, ustalili, że zdecydowana większość dziewcząt z ADHD jest słabo przystosowana do funkcjonowania w środowisku. Łącznie 16,4% badanych z ADHD wykazywało pozytywne przystosowanie w co najmniej pięciu z sześciu domen, w porównaniu z 86,4% badanych dziewcząt z grupy porównawczej. Większość dziewcząt nie „wyrosła” z objawów i upośledzeń związanych z ADHD. Określono także, czy typ zaburzenia (z przewagą nieuwagi lub mieszany) różnicuje funkcjonowanie nastoletnich dziewcząt. Wyniki pokazały, że nastolatki z ADHD z przewagą nieuwagi są w mniejszym stopniu pozytywnie przystosowane w porównaniu z typem mieszanym. Istotnymi zmiennymi, korelującymi dodatnio z pozytywnym przystosowaniem badanych, były uczestnictwo w terapii oraz przyjmowanie leków. W tym samym badaniu ustalono, że postawienie diagnozy ADHD w wieku dziecięcym zwiastuje występowanie deficytów funkcji wykonawczych w wieku nastoletnim.

Trudności w planowaniu, organizacji, hamowaniu reakcji, utrzymywaniu uwagi, pamięci roboczej, elastyczności utrzymują się również w okresie dojrzewania, niezależnie od tego, czy dziewczęta prezentują typ ADHD mieszany, czy z przewagą nieuwagi (Hinshaw i in., 2007). Szkoła średnia nie jest przyjaznym miejscem dla dziewcząt z ADHD. Program nauczania

---

że od 30 do 70% zdiagnozowanych dzieci prezentuje objawy ADHD w wieku dorastania. Nierzadkie są również przypadki stawiania diagnozy ADHD w dorosłości. Utrzymywanie tego mitu wiąże się z faktem, że niektóre objawy nadaktywności oraz impulsywności tracą na intensywności w okresie adolescencji. Nastolatki zdają się lepiej funkcjonować, ponieważ ADHD jest zaburzeniem o charakterze rozwojowym: część objawów może łagodnieć, podczas gdy inne pojawiać się lub pogarszać się, np. niski próg frustracji (Litner, 2003).

<sup>49</sup> Warto przywołać te badania, ponieważ ich wyniki zebrano na próbie 140 dziewcząt z deficytem uwagi / nadpobudliwością (ADHD) oraz 88 dziewcząt z grupy porównawczej, dopasowanych pod względem wieku i pochodzenia etnicznego. Uczestniczki były badane po raz pierwszy przy okazji udziału w obozie letnim (były one w wieku od 6. do 12. r.ż.), badania końcowe zostały przeprowadzone 4–5 lat później. Podczas oceny końcowej dziewczęta miały od 11,3 do 18,2 lat ( $M = 14,2$  lat).



jest przeładowany, metody pracy nauczycieli często przestarzałe i niedostosowane do możliwości dzieci, nie tylko tych z ADHD. Na poziomie licealnym wymaga się, aby uczniowie mieli zdolność do wydłużonego okresu koncentracji uwagi, planowania z wyprzedzeniem, organizacji samodzielnej pracy, zonglowania zadaniami. Nastolatki są zobligowani do opamiętania, w wielu przypadkach bardzo szczegółowego, wiedzy, która jest dla nich nieinteresująca, nudna, zdaje się im niepotrzebna w dalszym życiu. Staje się to wyzwaniem, często nie do przeskoczenia, dla uczennic z ADHD. Zwiększone wymagania związane z przejściem do szkoły średniej mogą prowadzić do nasilenia objawów. Przeciążona nowymi obowiązkami uczennica będzie odczuwała niepokój, niskie poczucie własnej wartości. Perfekcjonizm będzie jednym z mechanizmów kompensacyjnych. W tym miejscu warto też przypomnieć, że wielu młodych ludzi z ADHD nie jest w stanie wypełnić obowiązku edukacyjnego i porzuca szkołę (Young i in., 2020). Badania wskazują, że dorastające uczennice z ADHD mają znacznie mniej planów na przyszłość niż ich rówieśniczki bez ADHD z grupy porównawczej. Wyniki sugerują, że badani są skłonni oddawać swój los przypadkowi (Young, Heptinstall i in., 2005). Nastolatki z ADHD są bardziej niż ich rówieśniczki bez ADHD narażone na powtarzanie klas, rezygnację z nauki w szkole średniej, zawieszenie lub wydalenie oraz nieuzyskanie kwalifikacji szkolnych (Young i in., 2020).

W ciągu lat spędzonych w szkole średniej zmienia się struktura grup rówieśniczych. Obraz życia społecznego dziewcząt ulega przeobrażeniom. Dziewczęta zmieniają jednopłciowe klikki na dwupłciowe paczki, a następnie na luźno związane ze sobą pary (Bardziejewska, 2005, s. 361). Wzorce społeczne się komplikują, ich zrozumienie wymaga umiejętności: obserwowania, naśladowania, odnoszenia, porównywania i dostosowania się. Takiego poziomu świadomości i samokontroli zwykle nie posiadają dziewczęta z ADHD. Deficyt rozumienia wzorców społecznych sprawia, że dziewczęta z ADHD pozostają w poczuciu odmienności, braku dopasowania do grupy, bycia poza jej nawiasem. Skutkuje to tym, że nastolatki z ADHD w szkole średniej, w porównaniu z młodzieżą bez ADHD, mają mniej przyjaciół (lub nie mają ich wcale), uczestniczą w mniejszej liczbie spotkań towarzyskich.

Nie poprawia sytuacji to, że dziewczęta z ADHD wkładają więcej wysiłku niż ich rówieśnicy w naukę, aby sprostać wymaganiom szkoły średniej, co nie pozostawia wiele czasu na nawiązywanie i utrzymywanie relacji.



Niektóre dziewczęta z ADHD nie chcą się pogodzić z ubogim życiem społecznym, dlatego podejmują desperackie próby zaistnienia wśród rówieśników, prezentując zachowania ryzykowne, łącznie ze swobodą seksualną oraz stosowaniem używek (Nadeau, Littman, Quinn, 2016, s. 135).

Relacje z rówieśnikami są silnie zaburzone u nastolatków z ADHD. Konsekwencje takiego stanu rzeczy są długotrwałe, skutkują negatywnym obrazem własnej osoby, który wpływa na funkcjonowanie dziewcząt jeszcze długie lata po ukończeniu szkoły. Dlatego zaleca się trening umiejętności społecznych dla dziewcząt z ADHD. Badania pokazują, że lepsze efekty w obszarze asertywności i zarządzania emocjami osiąągają dziewczęta, jeśli terapia prowadzona jest w grupach jedнопłciowych (Babinski i in., 2013).

O tym, że dziewczętom z ADHD trudno jest sprostać trendom kulturowym oraz oczekiwaniom społecznym wynikającym z płci, pisałam we wcześniejszych rozdziałach. Konflikt ten narasta w okresie dojrzewania. Opisując społeczną pozycję współczesnej nastolatki, Steven Hinshaw (2009) użył metafory „potrójnego wiązania” (*triple bind*). Sprzeczne komunikaty wpłatają adolescentki w sytuację, w której powinny po pierwsze, doskonalić umiejętności kulturowo przypisane dziewczętom (np. empatia, samoświadomość, zdolności werbalne), po drugie, dorównywać we wszystkim chłopcom lub być lepsze od nich (np. rywalizować z nimi w nauce, sporcie i innych dziedzinach), po trzecie, dostosowywać się do wąskiego zestawu norm kobiecości, które pozostawiają niewiele miejsca na indywidualność, eksplorację lub błędy. Współczesne dziewczęta mają być wzorem „kobiecej doskonałości”. Taka rola została dla nich napisana przez społeczeństwo. Sytuacja „potrójnego wiązania” powoduje u dziewcząt konflikt wewnętrzny i może prowadzić do skłonności autodestrukcyjnych, takich jak zachowania agresywne, zaburzenia odżywiania, depresja, a nawet akty samobójcze (Hinshaw, 2009).

Zarysowany dylemat „potrójnego wiązania” dziewczęta z ADHD odczuwają bardziej intensywnie niż dziewczęta, które nie mają zdiagnozowanego tego zaburzenia. Objawy impulsywności, nadaktywności oraz braku koncentracji utrudniają, a czasem uniemożliwiają realizację oczekiwań społecznych. Dlatego możemy zaobserwować u tych nastolatek zachowania lękowe lub o charakterze impulsywnym. Dziewczęta nie są w stanie utrzymać porządku w swoim pokoju, potrafią pójść do szkoły w niepasujących do siebie ubraniach. Normą dla nastolatek z ADHD jest ranek wypełniony

nerwowymi poszukiwaniami ubrań lub innych potrzebnych rzeczy. Poszukiwaniom tym towarzyszą tyrady krzyku i wyzwisk kierowane w stronę najbliższych. Dziewczęta zwykle wybiegają z domu spóźnione, zapominając o zabranii np. ważnego zadania domowego. Nawet proste, codzienne czynności mogą prowadzić do wybuchu. Dziewczęta mają skłonność do nadmiernych, przesadzonych reakcji, agresji słownej. Kładzie się to cieniem na ich i tak już niełatwych relacjach i w konsekwencji wpływa na obniżenie poczucia wartości (Nadeau, Littman, Quinn, 2016, s. 137–138).

Potocznie funkcjonuje powiedzenie, że „wiek zobowiązuje”. Rodzice zastanawiają się, kiedy ich nastoletnie córki zaczną się zachowywać dojrzałe. Niestety dojrzałość, jakiej oczekują rodzice, jest nieosiągalna dla ich dzieci. Dziewczęta z ADHD są zapominalskie, nie zawsze można na nie liczyć, problemy sprawia im planowanie oraz wykonywanie długoterminowych prac domowych. Trudności te związane są z deficytem funkcji wykonawczych (Nadeau, Littman, Quinn, 2016, s. 139).

W jednym z potwierdzających wspomniane kwestie badań za cel postawiono ustalenie deficytów w samoregulacji uczenia się uczniów z ADHD ze szkół średnich, porównując ich z uczniami bez diagnozy ADHD. Ustalono, że licealiści z ADHD przypisywali niższą wartość nauczycielom, rzadziej stosowali strategie wyznaczania celów, mieli niższe poziomy metapoznania oraz wykazywali znaczące deficyty w elastyczności poznawczej opartej na zadaniach. Zauważono istotną statystycznie relację między metapoznaniem i elastycznością poznawczą a średnią ocen uczniów z ADHD. Dlatego działania terapeutyczne ukierunkowane powinny być na metapoznanie i elastyczność poznawczą, a w szczególności: zdolność do przemyślenia decyzji przed podjęciem działania, hamowanie automatycznych reakcji i podejmowanie skutecznych decyzji w celu osiągnięcia pożądanego celu. Praca z uczniami z ADHD nad tymi funkcjami wykonawczymi może wpłynąć pozytywnie na ich sukcesy edukacyjne (Sibley i in., 2019).

Deficyt funkcji wykonawczych jest utrzymującą się bolączką także dla wybitnie uzdolnionych uczniów szkół średnich, u których zdiagnozowano ADHD (Fugatea, Gentry, 2016). Zasób wiedzy oraz umiejętności powinny przełożyć się na osiągnięcia szkolne tych uczniów. Niestety często tak nie jest, ponieważ wspomniani uczniowie nie mają narzędzi (czyli funkcji wykonawczych), aby sprostać wymaganiom, które stawia szkoła. Szanse na pokazanie własnych możliwości ogranicza również tradycyjny system nauczania, który

często nie zauważa specjalnych potrzeb tych nastolatek i nie próbuje na nie odpowiadać. Wysoka inteligencja nastolatek i nastolatków przekłada się też na wysoki poziom samoświadomości. Zaczynają dostrzegać oni swój potencjał, a niemożność wykorzystywania go staje się dla nich źródłem osobistej frustracji (Kulman, *My twice-exceptional...*, dostęp: 19.04.2021).

O podwójnie wyjątkowych dzieciach piszą Diane M. Kennedy, Rebecca S. Banks i Temple Grandin (2011) w swojej książce *Bright not broken: Gifted kids, ADHD, and autism*. W populacji osób z diagnozą ADHD lub zaburzeniem ze spektrum autyzmu występują także dzieci uzdolnione. Niestety często nauczyciele i rodzice skupiają się wyłącznie na słabościach tych dzieci, zwłaszcza jeśli prowadzą one do zachowań problemowych, nie dostrzegając talentów. Błędy diagnostyczne sprawiają, że dzieci nie otrzymują narzędzi, które pozwoliłyby im skorzystać z ich zasobów intelektualnych. W swej pracy autorki próbują odpowiedzieć na pytanie, dlaczego dzieci podwójnie wyjątkowe „utknęły” w systemie edukacyjnym. Zauważyły, że dzieci mogą wykazywać podobne objawy nadpobudliwości, impulsywności, nieuwagi lub zachowań opozycyjno-buntowniczych, ale też wspólnota objawów nie musi oznaczać jednakowych przyczyn. Obserwując jak uczeń nie uważa na lekcji, można powiedzieć, że dziecko ma niezdolność do skupienia się na danym zadaniu, deficyt funkcji wykonawczych, który utrudnia mu wykonanie zadania. Równie dobrze jego zachowanie można wytłumaczyć nudą, potrzebą zajęcia się czymś trudniejszym, co byłoby dla tego dziecka wyzwaniem. Opierając się na teorii dezintegracji pozytywnej Kazimierza Dąbrowskiego oraz pojęciu rozwoju asynchronicznego, wspomniane autorki wskazały, że w niektórych zachowaniach uzdolnionych dzieci nie należy doszukiwać się patologii, lecz raczej traktować je jako mechanizmy, za pomocą których te dzieci rozwijają się i manifestują swoje talenty (Kennedy, Banks, Grandin, 2011).

U dziewcząt w okresie dojrzewania można zaobserwować zwiększenie wrażliwości emocjonalnej i trudność z zapanowaniem nad tym. Emocjonalny *rollercoaster* (reakcje gwałtowne i nieadekwatne do sytuacji) charakterystyczny dla nastolatek jest jeszcze bardziej doświadczany przez te, którym postawiono diagnozę ADHD. Hans R. Huessy (1990) twierdzi, że u niektórych dziewcząt z ADHD problemowe zachowania dają o sobie znać dopiero po okresie pokwitania. Towarzyszą im emocjonalna nadwrażliwość, huśtawka nastroju, impulsywność (Huessy, za: Nadeau, Littman, Quinn, 2016, s. 141). Wraz z przemianami hormonalnymi pojawia się labilność

emocjonalna, a nawet nadreaktywność (Barkley, 2020, s. 76). Prawdopodobieństwo wystąpienia nagłych, gwałtownych reakcji emocjonalnych wzrasta, kiedy dziewczęta są zmęczone, głodne, zestresowane lub w okresie napięcia przedmiesiączkowego. Okres poprzedzający wystąpienie miesiączki dla nastolatek z ADHD może być tak męczący, że mogą one potrzebować profesjonalnego wsparcia. Zaleca się także, aby nastoletnie uczennice dostosowały swój plan nauki do fazy cyklu miesięcznego, np. kończąc realizację projektu bądź naukę do egzaminu przed tym trudnym dla nich czasem (Flynn MacCarthy, *Women...*, dostęp: 21.04.2021). Diagnostyci i terapeuci pracujący z dziewczętami z ADHD powinni mieć świadomość wpływu cyklu miesięcznego na ich pacjentki (Nadeau, Littman, Quinn, 2016, s. 142). Średni cykl miesięczkowy trwa ok. 28 dni. W pierwszych dwóch tygodniach dziewczęta i kobiety doświadczają większego spokoju, z mniejszym poziomem zmienności emocjonalnej. Za ten stan rzeczy odpowiedzialny jest rosnący poziom estrogenu, który sprzyja uwalnianiu w mózgu neuroprzekaźników poprawiających samopoczucie, serotoniny i dopaminy. W trzecim i czwartym tygodniu wzrost progesteronu zmniejsza korzystny wpływ estrogenu na mózg, następuje intensyfikacja objawów ADHD. W tym okresie trudniej jest zapanować nad emocjami i myślami. Warto pamiętać, że progesteron może tworzyć mgłę poznawczą już na tydzień przed wystąpieniem miesiączki (Flynn MacCarthy, *Boys vs. girls...*, dostęp: 21.04.2021).

Biorąc za punkt odniesienia powiązania między hormonami a ADHD, wyróżniono cztery okresy w życiu kobiet: od okresu dojrzewania po menopauzę. Profesjonaliści, projektując plan terapii, powinni uwzględnić etap, na którym jest pacjentka i zaproponować odpowiednie sposoby radzenia sobie z objawami ADHD. Adolescencja to pierwszy z wymienionych etapów.

Zmiany hormonalne w okresie dojrzewania – zwłaszcza wyższy poziom estrogenu i progesteronu – mogą spowodować, że leki na ADHD będą mniej skuteczne. Mimo że estrogen może wzmacniać reakcję organizmu na leki, których głównym składnikiem jest metylofenidat, to efekt ten może być osłabiony przez progesteron. U dojrzewających chłopców na obniżone działanie leku zwykle skutkuje zwiększenie jego dawki. U dziewcząt taka korelacja bywa rzadka, co skazuje je na (niekiedy długotrwałe) poszukiwania innego leku lub innej alternatywnej metody wsparcia (Flynn MacCarthy, *Women...*, dostęp: 21.04.2021).

Jednocześnie nastolatki buntują się przeciwko leczeniu farmakologicznemu. Powody mogą być obiektywne. Ponad połowa nastolatków

twierdzi, że nie chce kontynuować przyjmowania leków z powodu skutków ubocznych, takich jak brak apetytu i problemy ze snem. Leki są też dla nastolatków piętnem, namacalnym przejawem ich odmienności, co jest powodem do rezygnacji z ich przyjmowania (*ADHD symptoms...*, dostęp: 23.04.2021). Istnieją dowody empiryczne na to, że przestrzeganie przyjmowania farmakoterapii wśród osób z ADHD spada w wieku młodzieńczym. Dziewczęta są jedynie nieznacznie bardziej sumienne w przyjmowaniu leków niż chłopcy (Atzori i in., 2009; Gajria i in., 2014).

Dorośli powinni obserwować dziewczęta z ADHD, aby w natłoku tzw. normalnych zachowań nastolatek, spowodowanych burzą hormonalną, nie przeoczyć symptomów depresji. Nagłą zmianę nastroju mogą powodować m.in. niższe od spodziewanych osiągnięcia szkolne, odrzucenie ze strony partnera lub przyjaciół. Te i inne powody mogą podnieść poziom lęku i obniżyć nastrój tak znacznie, że dziewczęta będą potrzebować wsparcia farmakologicznego i psychoterapii, a nawet hospitalizacji. Większe ryzyko wystąpienia zaburzeń nastroju w okresie dojrzewania udowodniono empirycznie. Badane dziewczęta z ADHD miały 2,5-krotnie większe ryzyko wystąpienia epizodu dużej depresji w porównaniu z dziewczętami z grupy kontrolnej, które nie posiadały cech ADHD. We wnioskach z badań można przeczytać, że depresja u dojrzewających dziewcząt z ADHD jest schorzeniem upośledzającym i ciężkim, ponieważ charakteryzuje się: wcześniejszym wiekiem zachorowania, dłuższym czasem trwania, cięższymi objawami, wyższym wskaźnikiem samobójstw i większym prawdopodobieństwem konieczności hospitalizacji psychiatrycznej niż epizody dużej depresji u dziewcząt z grupy kontrolnej (Biederman i in., 2008). Niestety dziewczęta często ukrywają swoje uczucia niepokoju, wstydu, strachu i frustracji. Dlatego też zwykle otoczenie nie zdaje sobie sprawy z tego, jaki jest ich stan emocjonalny, aż do czasu próby samobójczej lub „przyłapania” na epizodach samookaleczenia. W toku badań wykazano, że dziewczęta i młode kobiety, u których w dzieciństwie rozpoznano typ mieszany ADHD, są bardziej narażone na próby samobójcze, jak i zróżnicowane oraz ciężkie formy zamierzonych samookaleczeń bez intencji samobójczych w porównaniu z pacjentkami z typem ADHD z przewagą nieuwagi<sup>50</sup> i tymi z grupy porównawczej bez ADHD (Swanson, Owens, Hinshaw,

---

<sup>50</sup> W omawianych badaniach typ z przewagą nadaktywności nie był reprezentowany wśród badanych pacjentek.

2014). Podczas gdy motywem samobójstwa jest chęć zakończenia dotychczasowej linii życia, samookaleczenie służy regulacji silnie negatywnych emocji, złagodzeniu bólu psychicznego lub zakomunikowaniu przeżywanego cierpienia (Kądziała-Olech i in., 2015). Dostępne są wyniki badań na temat samookaleczeń wśród polskich nastolatków<sup>51</sup>, uczniów szkół średnich. Ustalono w nich, że odsetek dziewcząt i chłopców wieku 12–14 lat, którzy się samookaleczają, jest podobny. W przypadku starszej młodzieży typ szkoły jest zmienną, która różnicuje wyniki. Praktyki samookaleczenia występują częściej u uczennic szkół zawodowych i uczniów liceów. Jako przyczynę dziewczęta najczęściej podają samotność, a chłopcy mają trudność z określeniem powodu (Kądziała-Olech i in., 2015).

Nastolatki z ADHD zwykle wcześniej niż rówieśniczki inicjują życie seksualne, czego skutkiem bywają nieplanowane ciąży. W 2020 r. opublikowano artykuł, będący rezultatem badań<sup>52</sup>, w wyniku których ustalono, że nastolatki z ADHD miały zwiększone ryzyko zajścia w ciążę w porównaniu z grupą porównawczą dziewcząt bez ADHD. Zauważono natomiast, że długotrwała terapia farmakologiczna ADHD, zmniejsza wspomniane ryzyko (Hua i in., 2020). Powodem zaobserwowanej tendencji może być niskie poczucie wartości nastolatek, a szkoła, jak już wspominałam, jest często źródłem intensywnej frustracji i wstydu dla dziewcząt z ADHD. Dlatego szukają one potwierdzenia swojej wartości i atrakcyjności poprzez aktywność seksualną. Trudności z kontrolą impulsów, słaba umiejętność planowania, brak konsekwencji w działaniu sprawia, że nastolatki z ADHD, częściej niż ich rówieśniczki bez tego zaburzenia, podejmują różne ryzykowne zachowania seksualne (np. nie zabezpieczają się podczas seksu, nieregularnie przyjmują leki antykoncepcyjne, mają epizody seksu z wieloma partnerami).

Nastolatkowie i młodzi dorośli, którym postawiono diagnozę ADHD, są słabszymi, nieuważnymi i lekkomyślnymi kierowcami. Potwierdzają to liczne badania, w których empirycznymi wskaźnikami niskich umiejętności prowadzenia samochodu jest uczestnictwo w wypadkach samochodowych, łamanie przepisów ruchu drogowego, liczba mandatów drogowych

---

<sup>51</sup> Dane te nie dotyczą dzieci z ADHD.

<sup>52</sup> W latach 2001–2009 w ramach projektu badawczego obserwowano w okresie od 3 do 10 lat 7505 nastolatków z ADHD i 30 020 nastolatków bez ADHD z grupy porównawczej, dobranych pod względem wieku i płci. Projekt zakończono pod koniec 2011 roku. Celem było zidentyfikowanie nastolatek, u których w okresie obserwacji wystąpiła ciąża (w wieku ≤30 lat) lub wczesna ciąża (w wieku <20 lat).



bądź zawieszenie lub utrata prawa jazdy (Beck i in., 1996). Dowodzą tego również obserwacje poczynione przez instruktorów podczas jazdy próbnej badanych lub zapisy ich jazdy na symulatorze prowadzenia pojazdów<sup>53</sup>. Rzadko w założeniach badawczych płeć jest zmienną różnicującą wyniki badań. Przykładem mogą być badania przeprowadzone w Nowej Zelandii. Ustalono w nich istotnie statystyczny związek między występowaniem objawów ADHD u nastolatków (15–18 r.ż.) a liczbą wykroczeń i wypadków drogowych w porównaniu z nastolatkami, które nie mają ADHD (Nada-Raja i in., 1997). Przyczyny trudności osób z ADHD wynikają z objawów zaburzenia. Zdolności, które upośledza ADHD są niezwykle potrzebne do prowadzenia pojazdów. Deficyty koncentracji uwagi oraz kontroli poznawczej sprawiają, że dziewczęta i młode kobiety nie potrafią planować z wyprzedzeniem, trafnie ocenić sytuacji na drodze i sprawnie na nią zareagować, dlatego nie przestrzegają znaków, sygnałów, oznaczeń drogowych, nieprawidłowo wyprzedzają lub przekraczają prędkość. Korek drogowy może być dla nich silnie stresujący i rozpraszający, co wpływa negatywnie na umiejętności dziewcząt i kobiet. Przeprowadzając kwerendę do rozdziału, nie dotarłam do badań dotyczących dziewcząt, które nigdy nie były w stanie zdać egzaminu na prawo jazdy z uwagi na nasilenie objawów ADHD. Z uwagi na ryzyko, jakie łączy się z prowadzeniem samochodu przez osoby z ADHD, eksperci formułują zalecenia zarówno dla młodych kierowców, jaki i ich rodziców (*Behind...*, dostęp: 24.04.2021).

O współwystępowaniu ADHD i zaburzeń odżywiania pisałam już w podrozdziale 4.6. *Dziewczęta z ADHD w okresie wczesnej adolescencji*. W przypadku dziewcząt w okresie późnej adolescencji ADHD znacząco zwiększa ryzyko wystąpienia zaburzeń odżywiania. Wykazano, że dziewczęta z ADHD są 3,6 razy bardziej narażone na zaburzenia odżywiania w porównaniu z dziewczętami bez ADHD. Przy czym u dziewcząt z ADHD 5,6 razy częściej rozwijała się bulimia i 2,7 razy częściej – anoreksja w odniesieniu do grupy porównawczej nastolatków bez ADHD (Biederman i in., 2007).

---

<sup>53</sup> Instruktorzy prawa jazdy, którzy obserwowali nastolatków i młodych dorosłych z ADHD podczas jazdy próbnej, stwierdzili, że obserwowani prezentują częstsze i bardziej impulsywne reakcje podczas prowadzenia pojazdu niż osoby z grupy porównawczej bez ADHD. Wyniki na symulatorze dodatkowo ujawniły: wolniejsze i bardziej zmienne czasy reakcji, większe błędy wynikające z impulsywności (fałszywe alarmy, złe przestrzeganie reguł), większą zmienność kierowania oraz więcej zadrapań i uderzeń symulowanego pojazdu o granice drogi w grupie badanych z ADHD niż w grupie porównawczej (Fischer i in., 2007).



Badania zespołu pod kierownictwem Amori Yee Mikami (2008) przyniosły rozstrzygnięcie, z którego wynikało, że spośród trzech cech opisujących ADHD, to nie nadpobudliwość lub nieuwaga są istotnym predyktorem bulimii, lecz impulsywność. Posiadanie ADHD bez cech impulsywności nie wydaje się zwiększać ryzyka wystąpienia tej choroby u dziewcząt. Prawdopodobieństwo występowania zaburzeń odżywiania u nastolatków z ADHD mogą natomiast zwiększać odrzucenie rówieśnicze oraz negatywny styl rodzicielski oparty na karaniu (styl wychowania autorytarny<sup>54</sup>). Przeprowadzono także badania, w których udowodniono, że używanie stymulantów obniżających poziom impulsywności wpływał na zredukowanie napadów objadania się u nastolatków z ADHD (Dukarm, 2005). Obok włączenia farmakoterapii dla osób cierpiących na zaburzenia odżywiania rekomendowane są również: terapia poznawczo-behawioralna (CBT), suplementacja witaminami, wzmacnianie poczucia wartości dzieci (Stevens, *Do you...*, dostęp: 26.04.2021).

Nastolatki z deficytem uwagi / zespołem nadpobudliwości (ADHD) są bardziej niż inni podatne na różnego typu uzależnienia. Wyniki badań (Sibley i in., 2014) przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych wskazują, że nastolatki z ADHD<sup>55</sup>, w porównaniu z grupą kontrolną, częściej próbowały palenia papierosów, inicjowały picie alkoholu we wczesnym wieku i częściej paliły marihuanę. Ponadto zauważono, że nastolatki z ADHD były od 4 do 5 razy bardziej podatne niż osoby z grupy kontrolnej na nałogowe palenie papierosów i marihuany po jednokrotnym wypróbowaniu tych używek.

---

<sup>54</sup> Używam tu określenia „styl wychowania autorytarny”, aby uprzystępnić przekaz. Muszę jednak zaznaczyć, że autorzy artykułu nie posługiwali się kwalifikacją stylów wychowania. Używali określenia „praktyki rodzicielskie”, oceniając je poprzez: (1) stosunek do kar cielesnych, klapsów i bicia dziecka (na podstawie kwestionariusza Alabama Parenting Questionnaire); (2) opis idei dotyczących rodzicielstwa; (3) interakcję rodzic–dziecko, weryfikowaną w trakcie obserwacji matki i dziecka; (4) wypowiedzi rodziców na temat dziecka (Mikami i in., 2008).

<sup>55</sup> Podczas badania obserwacji poddane zostały dziewczęta z ADHD od 5. do 18. roku życia.

## 5. Wskazówki do pracy z dziewczętami na różnych etapach rozwoju

### 5.1. Wskazówki do pracy z dziewczętami z ADHD w wieku przedszkolnym

Praca z dziewczętami z ADHD opiera się na leczeniu objawowym. Celem interwencji terapeutycznych jest wspieranie osób z ADHD i ich rodzin w rozwijaniu umiejętności i strategii radzenia sobie. Wyniki badań wskazują, że ADHD nie jest tylko problemem danej osoby, lecz także powoduje znaczne obciążenie psychologiczne, emocjonalne i ekonomiczne całej rodziny (Ridder, De Graeve, 2006; Usami, 2016). Badani rodzice dzieci z ADHD zgłaszają uczucie izolacji społecznej oraz niskiej satysfakcji z pełnienia roli rodzica, co jest związane z wyższym poziomem stresu i częstszym stosowaniem autorytarnego stylu rodzicielskiego niż w przypadku rodziców dzieci bez ADHD (Lange i in., 2005). Występowanie objawów ADHD u rodzica w istotny sposób wpływa na realizowanie roli rodzicielskiej, w tym na: gorsze radzenie sobie z problemami wychowawczymi, nadmierną dyscyplinę lub mniejsze monitorowanie zachowań dziecka, chaos w działaniach (Johnston i in., 2012). Najskuteczniejszą formą pomocy są grupy wsparcia, gdzie rodzice mogą się dzielić swoimi doświadczeniami, oraz treningi dla rodziców (Young i in., 2020). Te ostatnie są elementem terapii poznawczo-behawioralnej.

W czasie trwania warsztatów rodzice poznają nie tylko wiedzę na temat zaburzenia, jego objawów i przyczyn, lecz przede wszystkim uczą się, jak organizować przestrzeń domową, jakie komunikaty kierować do córek, i jak zarządzać ich problematycznym zachowaniem, manipulując bodźcami je poprzedzającymi (np. poleceniami) oraz konsekwencjami (nagrodami i karami). Podczas warsztatów opiekunowie dowiadują się, jak wspierać dziewczęta, tak, aby doświadczały one mniej negatywnych konsekwencji wynikających z objawów (Łazarski, Woźniak-Rekucka, 2019). Istnieją dowody naukowe na efektywność tego rodzaju treningów. Analizy 50 doniesień badawczych,

dotyczących dzieci w wieku przedszkolnym z ryzykiem ADHD, wskazały na występowanie większej liczby badań konsekwentnie dokumentujących skuteczność treningów umiejętności rodzicielskich niż tych dotyczących skuteczności leczenia metylofenidatem (Charach i in., 2013). Farmakoterapia w wieku przedszkolnym zalecana jest w sytuacji, gdy objawy nadaktywności oraz impulsywności są bardzo nasilone, a dziewczęta mogą stanowić zagrożenie dla samych siebie.

Jednym z najbardziej dokuczliwych objawów u dzieci w wieku przedszkolnym jest ich nadmierna emocjonalność. Szkolenia rodziców z elementów terapii behawioralnej mają kluczowe znaczenie, ponieważ to zachowania rodziców wpływają na umiejętności regulacji emocji u dzieci od najmłodszych lat. W tym miejscu przytoczę **kilka zaleceń dla rodziców, które mogą pomóc zrozumieć dzieci z ADHD<sup>56</sup> i udzielić im wsparcia:**

1. Dzieci z ADHD tworzą silne więzi ze swoimi rodzicami. Potrzebują zapewnienia, że są kochane i akceptowane bez względu na wszystko. Pomaga im to w regulacji emocji. Rodzice powinni stwarzać okazje w ciągu dnia, w których mogą wzmocnić relacje z dziećmi. Ponieważ relacje między rodzicami a dziećmi w ciągu dnia bywają burzliwe, ze względu na objawy ADHD dziecka, dobrym momentem na zacieśnianie relacji rodzica z dzieckiem, mogą być chwile po przebudzeniu oraz przed zaśnięciem dziecka. W tym czasie rodzic powinien poświęcić całą swoją uwagę dziecku, powiedzieć mu coś budującego (np. „Uwielbiam patrzeć na Twoją uśmiechniętą twarz od rana”) lub dać informację zwrotną, co pozytywnego zrobiło ono w ciągu dnia. Artur Kołakowski i Agnieszka Pisula (2009, s. 58) przedstawiają gradację stosowania technik behawioralnych, pierwszeństwo dając tym, które wzmacniają jakość relacji między dzieckiem a rodzicem oraz poczucie wartości dziecka. W czasie warsztatów umiejętności rodzicielskich trenerzy rozmawiają z opiekunami, jak planować spędzanie czasu wolnego z dzieckiem, oraz jak je chwalić i nagradzać.
2. Rodzice powinni nauczyć się zauważać właściwe zachowanie dzieci i je wzmacniać pozytywnymi informacjami zwrotnymi. Jest to niezwykle istotne z uwagi na ryzyko poczucia niskiej wartości u dzieci z ADHD.

---

<sup>56</sup> W przypadku zaleceń do pracy z dziećmi w wieku przedszkolnym trudno wydzielić wskazówki, które będą zaleceniami wyłącznie do pracy z dziewczętami, z pominięciem chłopców. Dlatego w tej części przywołuję ogólne wskazówki do pracy z dziećmi z ADHD.

3. Dzieci z ADHD powinny mieć szansę na przećwiczenie właściwego reagowania w sytuacjach trudnych. Zadaniem rodziców jest stworzenie takich możliwości. Nie wystarczy rozmawiać z dziećmi o zasadach panujących w domu i oczekiwaniach dotyczących, np. zachowania spokoju. Rodzic powinien zaaranżować sytuację, w której może zademonstrować, jak dziecko powinno zachować się właściwie.
4. Dzieci z ADHD będą wzrastać w poczuciu własnej wartości oraz sprawstwa, jeśli będą miały okazję do samodzielnego rozwiązywania problemów i tym samym regulowania swoich zachowań.
5. Uwaga pomaga w kształtowaniu umiejętności regulacji emocji i samokontroli. Dzieci z ADHD nie muszą uczestniczyć w specjalnych treningach uważności, wystarczy wspólna z rodzicami chwila namysłu (np. nad zapachem kwiatka lub smakiem lodów).
6. Ważne dla dzieci jest także poczucie przynależności. Można je budować poprzez angażowanie dzieci we wspólne, rodzinne wykonywanie pewnych czynności. Wspólna praca oraz wspólna zabawa sprawiają, że dziecko czuje, że współtworzy zespół (Buzanko, *When toddler...*, dostęp: 7.08.2021).
7. Kiedy dziecko jest zdenerwowane, do organizmu uwalniane są hormony stresu, a krew przepływa do kory ruchowej, przygotowując ciało do walki lub ucieczki. W tym momencie wszelkie upominania, wyjaśnienia, karanie lub pouczanie dziecka są bezużyteczne, ponieważ część mózgu, która jest odpowiedzialna za czytanie i interpretowanie tych wiadomości, jest *off-line*. To czas na potwierdzenie uczuć: „Widzę, że ta sytuacja naprawdę cię zdenerwowała”. Rodzic powinien zostawić dziecku przestrzeń do uspokojenia się (płaczu, przytulenia), pozostając na tyle blisko, aby czuło się bezpiecznie i miało świadomość, że może z rodzicem w każdej chwili porozmawiać. Kiedy tworzy się tę przestrzeń dla dzieci, czują się one bezpieczne, wysłuchane i zrozumiane.

Jednym ze sposobów na poradzenie sobie z napadami złości jest używanie techniki *time-out*. Daje ona dziecku możliwość wyciszenia się i odzyskania kontroli nad emocjami. Jeśli *time-out* jest stosowany konsekwentnie, a dodatkowo rodzic umie spokojnie wytłumaczyć dziecku, co teraz nastąpi, to może być już stosowany w przypadku dwuletnich dzieci. Czas izolacji dziecka powinien być ustalany według prostej zasady: wiek dziecka = liczba minut. Jeśli dziecko ma dwa lata, *time-out* nie powinien być dłuższy niż dwie minuty, w przypadku dziecka pięcioletniego może

trwać pięć minut. Aby pomóc dziecku się uspokoić, można je delikatnie przytrzymać. Dzieci często same komunikują rodzicom, kiedy nie potrzebują już takiej formy kontaktu.

**Rodzice powinni nauczyć się przewidywać potencjalnie konfliktowe sytuacje, wykluczyć je lub zaplanować tak, aby dziecko mogło sobie z nimi poradzić.** Wyzwaniem dla rodzica dziecka z ADHD są często punkty, których nie można wykluczyć z codziennych rytuałów. Są to np. pora posiłku, pora zasypiania, trening czystości. Zadaniem rodziców jest zaplanować te czynności, wprowadzić rytuał i codzienną rutynę. Trudnym doświadczeniem dla dzieci z ADHD mogą być także sytuacje zabawy z innymi dziećmi, w czasie których dochodzi do prób zdominowania innych w zabawie. Dzieci z ADHD mogą potrzebować umiejętności radzenia sobie z konfliktami, labilnością emocjonalną, lękiem i stresem. Równie trudne dla dzieci z ADHD w wieku przedszkolnym będzie zarówno nawiązywanie oraz utrzymywanie relacji interpersonalnych, jak i uczestnictwo w wydarzeniach społecznych. Pomocne mogą okazać się treningi umiejętności społecznych (TUS). Potencjalnie trudnymi dla dzieci w tym wieku mogą być także sytuacje, w których dokonują one wyborów. Dzieci z ADHD mogą również, częściej niż dzieci bez ADHD, potrzebować interwencji terapeuty, np. w kwestii problemów ze snem (Cortese i in., 2009) lub nocnego moczenia się (Shreeram i in., 2009).

## 5.2. Wskazówki do pracy z dziewczętami z ADHD w wieku wczesnoszkolnym

Tak jak w latach przedszkolnych, tak i w okresie edukacji elementarnej dziewczęta potrzebują wsparcia i pomocy rodziców w radzeniu sobie z objawami ADHD. Jakie rekomendacje dla rodziców dziewcząt w tym wieku sformułowali specjaliści (Nadeau, Littman, Quinn, 2016, s. 95–100)?

**Ustrukturyzowane życie całej rodziny.** Wprowadzenie dziennej rutyny pozwala doświadczyć dziewczętom z ADHD poczucia bezpieczeństwa i poczucia kontroli. Dziewczęta będą deklarowały jawną niechęć do oczekiwań rodziców, jednak świadomość istnienia zasad oraz pewność, że będą one egzekwowane pozwala dziewczętom lepiej panować nad objawami ADHD. Można włączyć dziewczęta w proces ustanawiania zasad porządkujących życie rodzinne. Pamiętając o tym, żeby nie przerzucić odpowiedzialności za zaplanowanie dnia na dzieci, a jedynie dać możliwość

udziału w podejmowaniu pewnych decyzji, np. „W ciągu dnia przez 30 minut czytasz książkę. Chciałabyś to robić po kąpielii czy przed kąpielą?”. Rutyna powinna obejmować także dni wolne od nauki. Rutyna weekendowa będzie się różniła od tej codziennej, jednak jej cechy definicyjne (stałość, powtarzalność, jawność, przewidywalność) pozostaną niezmiennie. Niekiedy plany weekendowe nie pozwalają zrealizować rutyny weekendowej. Takiej sytuacji dziewczęta z ADHD również powinny być świadome. Powinny wiedzieć, co je czeka danego dnia, jaki jest jego rozkład, na co mają się przygotować i jakie oczekiwania wobec nich mają rodzice.

**Plan dnia powinien obejmować listę obowiązków domowych.** Czasem warto je nie tylko skatalogować, lecz także dokładnie opisać, co oznaczają, jakich kolejnych czynności wymaga się od dziecka. Zwykle rodzice skupiają się na tym, że dziecko nie wykonuje zadanych mu obowiązków lub robi je niepoprawnie. Według założeń terapii behawioralnej punktem wyjścia powinno być szczegółowe rozpisanie, z jakich zachowań składa się dana czynność, np. na prostą czynność mycia zębów składa się aż 26 zachowań (Kołakowski, Pisula, 2009, s. 26). Dopiero wtedy, gdy rodzice uświadomią sobie sekwencję zachowań potrzebnych do zrealizowania danego obowiązku, mogą zapoznać z nią swoje dzieci. To działa na nich wspierająco, ponieważ wiedzą dokładnie, czego rodzice od nich oczekują (Kołakowski, Pisula, 2009, s. 25–29)<sup>57</sup>. Tak jak podczas ustalania planu dnia, tak i w tym przypadku dziewczynka powinna partycypować w procesie wyznaczania obowiązków (np. „Czy wolałabyś pomagać w nakrywaniu do stołu, czy w sprzątanii ze stołu?”). Dziewczęta z ADHD bywają często wyręczane przez rodziców. Rodzice biorą na siebie odpowiedzialność za pamiętanie np. o spakowaniu przyborów do szkoły. Warto pamiętać, że ciągle wyręczanie prowadzi do poczucia wyuczony bezradności, braku wiary we własne możliwości dziewcząt. Niektórzy wychowawcy i terapeuci uważają, że dzieci powinny doświadczać konsekwencji swojego nieprzygotowania, ponieważ to nauczy je brania odpowiedzialności. Rodzice dzieci z ADHD zwykle mówią, że takie podejście nie skutkuje, ponieważ dzieci nie „przejmują się” i nie czują wstydu z powodu niewykonanego zadania. Jednak zwykle są to reakcje pozorowane, wynikające z mechanizmów obronnych

---

<sup>57</sup> Także w ramach 15 kroków programu Kids Skillis – „Dam radę”, który przeznaczony jest do nauki nowych umiejętności dziecka, w kroku dziewiątym można przeczytać: „Wypracuj z dzieckiem jasny obraz tego, jak dokładnie będzie się zachowywać lub reagować, korzystając z nowej umiejętności” (Furman, 2012, s. 25).



dzieci. Są także terapeuci uznający odpowiedzialność rodziców za spakowanie wspomnianych przyborów szkolnych. Specjaliści ci są zdania, że zapamiętanie tego obowiązku przerasta możliwości dziecka z ADHD. Dlatego w klasach I–III należy umiejętnie wprowadzać dzieci w obowiązki, stosując strategię rusztowania<sup>58</sup> (Filipiak, 2011, s. 23–31).

Rodzice powinni pamiętać, że **dziewczeta z ADHD potrzebują przerwy po powrocie do domu ze szkoły**, są bowiem bardziej przeciążone dniem spędzonym w szkole niż dzieci nie posiadające ADHD. Dziewczeta potrzebują odpoczynku, czasu na zebranie sił. Nie jest to czas na opowiadanie, jak im minął dzień w szkole, ani tym bardziej na rozmowy o pracy domowej. Nie jest to też dobry moment, żeby prosić dziewczęta o pomoc w obowiązkach domowych. Do codziennej rutyny należy zaliczyć czas relaksu, koncentracji na biernych aktywnościach (jak np. oglądanie telewizji, słuchanie muzyki), który pozwoli zregenerować siły przed dalszą częścią dnia. Tak jak drzemka powinna trwać 20 min, podobnie czas relaksu dzieci nie powinien się przedłużać.

**Aktywność fizyczna** może stać się sekretną bronią dziewcząt: pozwala lepiej radzić sobie ze stresem, lękiem, złym humorem, impulsywnością, negatywizmem. Ćwiczenia kanalizują nadmiar energii oraz umożliwiają lepszą koncentrację uwagi. W katalogu zajęć dodatkowych mogą się znaleźć: taniec, pływanie, piłka nożna, siatkówka (choć dziewczęta z ADHD lepiej funkcjonują na zajęciach, gdzie mogą się odseparować od nadmiaru bodźców). Jazda na rowerze także może być bardzo relaksującym zajęciem dla dziewcząt z ADHD. Organizując zajęcia dodatkowe, należy pamiętać, aby nie przeciążać dziewcząt ich zbyt dużą liczbą. Przeciążone dziewczęta, które nie mają okazji uwolnić napięcia z całego dnia, będą bezproduktywnie siedzieć przez wiele godzin nad lekcjami. Mogą być zirytowane, agresywnie odpowiadać rodzicom lub odmawiać wykonania zadania. Potwierdzeniem tego jest, pochodząca z mojej praktyki terapeutycznej, przykładowa wypowiedź mamy dziewczynki z ADHD:

---

<sup>58</sup> Strategia rusztowania powinna być wprowadzona przez nauczyciela lub rodzica, kiedy dziecko nie jest w stanie samodzielnie wykonać jakiegoś zadania (zadanie jest w strefie najbliższego rozwoju dziecka). Opiekun zna możliwości dziecka i jest wrażliwy na jego potrzeby. Zamiast wydawania szczegółowych zamkniętych instruktaży, dorosły udziela wskazówek i zachęca dziecko do działania. Umożliwia dziecku samokontrolę, a tym samym buduje podstawy do przejmowania przez nie odpowiedzialności za siebie (Lemańska-Lewandowska, 2008). Poprzez współpracę i wspólny wysiłek dziecko uczy się nowych obowiązków (Filipiak, 2011, s. 23–31).

Moja córka potrafiła całymi godzinami siedzieć nad zadaniem domowym, wykrzykując że lekcje są głupie, pani jest głupia, ja jestem głupia, ona sama jest głupia. Jej siedzenie przy biurku nie przynosiło żadnych efektów oprócz rosnącej mojej irytacji. W którymś momencie, kiedy obie byłyśmy już na skraju wyczerpania, córka wchodziła do ubikacji z zadaniem domowym i po 5–10 minutach wychodziła z niej z rozwiązaniem zadaniem. Domyśliłam się, że łatwiej jest się jej skupić w bardzo małym pomieszczeniu, w którym nic jej nie rozprasza. Z czasem nauczyłam się też, że powinnam jej dać przestrzeń do odpoczynku przed rozpoczęciem lekcji.

Warto pamiętać, że w przypadku dziewcząt z ADHD nie sprawdza się powszechny pogląd rodziców: najpierw lekcje a potem przyjemności. Uwzględnienie w codziennym grafiku zdrowych nawyków, rozwijania poczucia własnej wartości, pracy nad efektywną komunikacją w relacjach rodzic–dziecko, pozwoli na przygotowanie dziewcząt do nowych wyzwań w dalszej edukacji. Nawet jeśli wydaje się rodzicom, że ich córka radzi sobie z problemami, to nie znaczy, że należy ją pozostawić bez wsparcia. Aby zapobiec objawom towarzyszącym, czyli trudnościom w sferze emocjonalno-społecznej oraz obniżeniu wyników w nauce, warto wdrożyć jak najwcześniej terapię. Zwykle bowiem na etapie edukacji wczesnoszkolnej ujawniają się trudności dziewcząt wynikające z ADHD.

**Dziewczeta z ADHD potrzebują wsparcia nie tylko w środowisku domowym, lecz także szkolnym.** Objawy osiowe sprawiają, że dziewczeta z ADHD nie są w stanie efektywnie korzystać z lekcji, a czasem także zaburzają swoim zachowaniem porządek zajęć. Interwencje behawioralne w szkole są elementem terapii poznawczo-behawioralnej. Ich celem jest pomoc nauczycielowi w modyfikowaniu zachowania uczennicy, będącego przejawami nie tylko nieuważności, lecz także destrukcji. Dziewczeta lepiej funkcjonują w silnie ustrukturyzowanym środowisku, dlatego istotne jest, aby nauczyciel wprowadził zasady w klasie i kontrolował ich przestrzeganie. Bardziej motywująca będzie dla dziewcząt pochwała niż kara. Najwyżej ocenianymi z uwagi na skuteczność są dzienniki monitorujące codzienne zachowanie w klasie (Richardson i in., 2015). Nauczyciel rejestruje, jak uczennica zachowywała się na kolejnych zajęciach i udziela wzmocnień za pozytywne działania. Raport z całego dnia trafia także do rodziców, tak aby oni również mogli wyciągnąć konsekwencje z zachowania uczennicy

(Łazarski, Woźniak-Rekucka, 2019, s. 10). Badania sugerują, że, aby uzyskać załagodzenie prezentacji objawów u dziewcząt podczas lekcji, a tym samym poprawę ich funkcjonowania w klasie, wystarczą proste interwencje, takie jak: organizacja przestrzeni (ustawienie stołu, stworzenie kącika na przerwy) i (wspomniane już) techniki behawioralne zarządzania zachowaniem, a także wspólne z dziećmi ustalanie celów edukacyjnych (Veenman i in., 2019).

Dziewczęta mogą też uczestniczyć w formach dedykowanego dla nich wsparcia, takich jak **terapia indywidualna bądź treningi grupowe**. Ich celem jest rozwijanie u dziewcząt m.in. samokontroli, kontroli emocji (w tym gniewu), umiejętności społecznych. Przykładem treningu poznawczo-behawioralnego jest opracowany przez Philipa C. Kendalla program samokontroli „Stop and Think”.

### **5.3. Wskazówki do pracy z dziewczętami z ADHD w okresie wczesnej adolescencji**

Wsparcie dziewcząt z ADHD często powoduje, że rodzice muszą wejść w rolę osoby monitorującej. Wpływa to negatywnie na jakość relacji rodzic–dziecko. Nierzadko rodzice nie sprawdzają się w tej roli, co potwierdzają m.in. wyniki badań zespołu naukowców z Uniwersytetu Rzeszowskiego. Badacze (Ochojska, Pasternak, 2019) postawili pytanie: „Jak, w zależności od płci, badani z deficytem uwagi i nadruchliwością oceniają retrospektywnie postawy rodzicielskie matek i ojców?”. W badaniu uczestniczyli studenci i studentki posiadający cechy nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi oraz ich koledzy bez wskazań do diagnozy ADHD, którzy stanowili grupę porównawczą. We wnioskach można przeczytać, że zarówno młode kobiety, jak i mężczyźni z deficytem uwagi oraz nadruchliwością istotnie częściej niż osoby z grupy porównawczej postrzegali obydwój rodziców jako niekonsekwentnych i nadmiernie ochraniających, a matki jako bardziej wymagające. Badacze dopatrują się przyczyn popełnianych błędów rodzicielskich w występowaniu objawów ADHD także u rodziców. Prezentowane postawy rodzicielskie mogą być też rezultatem specyfiki wzajemnych relacji rodzic–dziecko. Trudne zachowania dzieci z nadpobudliwością psychoruchową bywają częściej powodem frustracji i poczucia winy rodziców, którzy nie potrafią wyegzekwować określonego postępowania dziecka. Brak umiejętności odpowiedniego reagowania na sytuacje problemowe sprawia, że rodzice często zmieniają wymagania co do swoich dzieci.

Dlatego rekomenduje się, aby dziewczęta z ADHD (szczególnie te, które prezentują problematyczne zachowania) miały trenera/coacha, który byłby odpowiedzialny za wyznaczanie im zadań i jednocześnie zdjąłby z rodziców emocjonalny balast, jaki wiąże się z kontrolowaniem dzieci (Nadeau, Littman, Quinn, 2016, s. 125). Dobry trener może pomóc dziewczętom w rozwijaniu: umiejętności planowania i zarządzania, zdrowszej samooceny i relacji, jaśniejszego osądu, automotywacji, zdolności zarządzania czasem oraz większego poczucia własnej skuteczności. To z kolei może przełożyć się na realizację wyznaczonych przez dziewczęta celów. Coaching oferuje unikalny system wsparcia dla dziewcząt z ADHD, motywujący je do zaangażowania na podstawie ich mocnych stron. Podczas wyboru trenera dla swojego dziecka, rodzice powinni sprawdzić, czy osoba ta ma doświadczenie w pracy z dziewczętami z ADHD. Strategie, które sprawdzają się w przypadku dzieci bez ADHD, często nie działają w przypadku osób z ADHD (ze względu na różnice w budowie mózgu). Głębokie zrozumienie ADHD jest warunkiem koniecznym do podjęcia pracy z dziewczętami z ADHD (Flynn MacCarthy, *What is...*, dostęp: 13.04.2021; Ivens, 2021).

Wychodząc naprzeciw poszukiwaniom dziewcząt z ADHD przyjaznego dla siebie środowiska, można zaproponować im **udział w różnego rodzaju aktywnościach sportowych, wolontariacie, i innych grupach, w których działalność wpisana jest współpraca**. Sukcesy sportowe czy działalność wolontariacka na rzecz np. schroniska dla zwierząt mogą nie tylko pomóc znaleźć nowe przyjaźnie, lecz także wzmocnić poczucie wartości dziewcząt.

Koniec szkoły podstawowej to trudny dla dziewcząt okres balansowania między dzieciństwem a kobiecością. Najcenniejszą wartość, którą matki mogą podarować swym córkom w tym czasie to **zapewnienie poczucia bezpieczeństwa i atmosfery bezwarunkowego wsparcia** (nawet jeśli nie wszystkie zachowania córek mogą być zaakceptowane). Jeśli relacja matka–córka jest bezpieczna, trudne relacje rówieśnicze dziewcząt z ADHD w mniejszym stopniu wpływają na ich poczucie własnej wartości (Nadeau, Littman, Quinn, 2016, s. 122–127).

W okresie wczesnej adolescencji (ale także i późnej) dziewczęta częściej są adresatami bezpośrednich interwencji, uczestniczą w terapiach indywidualnych i grupowych. Według raportu specjalistów (Young i in., 2020) **najlepszym sposobem leczenia psychologicznego dziewcząt z ADHD jest terapia poznawczo-behawioralna (CBT) wraz z psychoedukacją** (prowadzona tylko z pacjentkami lub równoległe z dziewczynkami i ich rodzicami).

## 5.4. Wskazówki do pracy z dziewczętami z ADHD w okresie późnej adolescencji

Okres szkoły średniej to czas stopniowego usamodzielniania się nastolatków. Jest to czas, kiedy rodzice sprawują coraz mniej kontroli nad swoimi dziećmi. Proces ten wydaje się trwać dłużej i wiązać się z większymi kosztami emocjonalnymi zarówno po stronie rodziców, jak i ich dzieci z ADHD. Pragnienie wolności łączy się u nastolatków z ADHD ze strachem, brakiem wiary we własne możliwości sprostania obowiązkom i oczekiwaniom, jakie niesie ze sobą niezależność. Samodzielność przytłacza dziewczęta, za co odpowiedzialny jest głównie deficyt funkcji wykonawczych. Rodzice często nie zauważają cierpienia dziewcząt z ADHD z przewagą nieuwagi. Ciche, milczące, zatopione w swoich myślach wydają się nie mieć żadnych problemów. Jednak, już jako dorosłe kobiety, wspominają te lata jako pełne bólu i onieśmienia, a nawet strachu przed ćwiczeniem kompetencji potrzebnych do bycia niezależną. Wspomniane emocje sprawiają, że osoby te często rezygnują z podejmowania prób samodzielności i pozostają w domu rodzinnym.

Zachowania ryzykowne, które podejmują nastoletnie dziewczęta z ADHD, przerażają ich rodziców, sprawiają, że nie chcą oni oddać należącej im w tym okresie samodzielności. Jednak dziewczęta te potrafią o swą wolność zawalczyć.

Asertywność to jedna z kluczowych umiejętności, w które należy wyposażać nastolatki z ADHD. Dziewczęta (nie tylko te z ADHD) zwykle nie są uczone stawiania granic, ponieważ umiejętność ta stoi w sprzeczności ze społeczną rolą kobiety. Jednak deficyt asertywności w przypadku dziewcząt jest wyjątkowo dotkliwy, gdyż może wiązać się z ryzykiem wykorzystania lub milczącym cierpieniem niezaspokojenia własnych potrzeb. Znaczenie asertywności bywa często upraszczane, myłone z umiejętnością mówienia „nie”. Mimo że dziewczęta z ADHD, u których przeważa ekstermalizacja objawów, potrafią i często komunikują swoją niezgodę, to sposób, w jaki to robią, nie jest asertywny, a nawet zdarza się, że jest agresywny, co jeszcze pogarsza i tak już trudne relacje z rówieśnikami.

Dziewczęta z ADHD powinny się nauczyć artykułować swoje potrzeby i dbać o ich zaspokajanie. Ponieważ niejednokrotnie przyjdzie im się zmierzyć w szkole z nauczycielami, a później w pracy ze współpracownikami i przełożonymi, których wiedza na temat ADHD jest zwykle znikoma. Stąd nastolatki powinny uczyć się być asertywnymi i korzystać z praw, jakie im

przysługują. Ta umiejętność powinna być kształtowana na zajęciach terapeutycznych (np. za pomocą wcielania się w role).

**Trener lub tutor, który może być pomocny na etapie wczesnej adolescencji, w jej późniejszym okresie wydaje się niezbędny.** Współpraca z trenerem może być krokiem do osiągnięcia niezależności od rodziców. Rodzice powinni „usunąć się w cień”, co pozwoli na nawiązanie sprzyjającej rozwojowi relacji między ich córką a trenerem. Nie może on być jednak kolejną dorosłą osobą w życiu nastolatki, która stawia jej wymagania, formułuje instrukcje, a potem rozlicza z ich wykonania. Nie można opanować umiejętności planowania, ustalania priorytetów i organizacji pracy, pozostając biernym. Tylko aktywna kooperacja nastolatki i trenera we wspólnym ustalaniu celów spotkań oraz sposobu ich realizacji celów są kluczem do osiągnięcia sukcesu. Ważną rolą trenera w tym okresie jest także doradztwo zawodowe, czyli pomoc w podjęciu decyzji o wyborze studiów i zawodu. Kulturowo młode kobiety często są obsadzane na stanowiskach pracy, które wymagają od nich dbania o coś, kogoś, wspierania innych lub udzielania pomocy administracyjnej. Nastolatki powinny mieć świadomość, które zawody i środowiska pracy są przyjazne dla osób z ADHD, tj. takie, w których objawy zaburzenia nie będą przeszkodą, a mogą być w pewnych sytuacjach zaletą. Niewłaściwie dobrana pierwsza praca może bowiem rzutować na dalszą ścieżkę zawodową kobiet (Nadeau, Littman, Quinn, 2016, s. 158–163).





# Zakończenie

Dokonując kwerendy literatury poświęconej ADHD, natknęłam się na relację rozmowy badacza z chłopcem (Witeska-Młynarczyk, 2019, s. 233). Opowiadał on, jak rozumie ADHD:

Nindza: ADHD to puk puk [puka się w głowę]

Ja: Co to znaczy puk puk?

Nindza: Puk puk ADHD.

Ja: Mhm, co to znaczy, że tak pokazujesz?

Nindza: Ja, wtedy mi się świat pokręci raz dwa i o tak [przewraca oczami].

Ja: I kręci ci się w głowie, i co wtedy?

Nindza: No i wtedy puk-puk.

Ja: A jaki związek ma puk-puk z ADHD?

Nindza: Bo puk dodać ADHD równa się puk-ADHD.

Ja: Czyli co?

Nindza: Że ktoś jest bardzo niezrozumiały. I wszystko robi na odwrót. To wszystko.

W tej niezwykle przejmującej dla mnie dziecięcej definicji ADHD pojawia się kategoria braku zrozumienia. Dzieci, które na co dzień borykają się z ADHD, doświadczają go ze strony wielu osób z bliższego i dalszego otoczenia, w tym rodziców, rówieśników i nauczycieli. Ze względu na wciąż utrzymujący się mit, że ADHD występuje w przeważającej większości u chłopców, niezrozumienie jeszcze mocniej dotyka dziewczęta z ADHD. Często niezdiagnozowane samotnie walczą nie tylko ze swoim zaburzeniem, lecz także z dyskryminującym jego objawy otoczeniem. Dlatego celem prezentowanej monografii uczyniłam przybliżenie dziewcząt z ADHD szerokiemu gronu odbiorców.

Podjęłam się zebrania dostępnej wiedzy empirycznej na temat ADHD u dziewcząt i nastolatków. Zaczęłam od przedstawienia obrazu zaburzenia

jakim jest ADHD w perspektywie etiologii i wyzwań diagnostycznych. Tym samym nakreśliłam niezbędne tło do ukazania, jak ADHD objawia się u dziewcząt na poszczególnych etapach ich życia, a także jak można je zdiagnozować i wesprzeć.

W toku pracy nad książką zdałam sobie sprawę, że przegląd i analiza wyników badań umożliwiają wprawdzie poznanie, jak przejawia się ADHD u dziewcząt. Jest to jednak zaledwie pierwszy krok w stronę pełnego zrozumienia, czego one doświadczają, i czego w ramach normalizacji życia potrzebują. Dlatego tę publikację traktuję jako swoiste przygotowanie do pogłębionych badań jakościowych, które umożliwią zrozumienie natury ADHD u dziewcząt. Jednocześnie mam nadzieję, że zarysowana problematyka będzie inspiracją oraz wsparciem w drodze do zrozumienia potrzeb i wyzwań, z którymi na co dzień mierzą się dziewczęta z ADHD.

# Bibliografia

- 17 Things to love about ADHD!. <https://www.additudemag.com/slideshows/benefits-of-adhd-to-love/>, dostęp: 18.05.2021.
- 4 things you might not know about ADHD. (2016). *Scholastic Teacher*, 125(4), 43–43.
- Abikoff, H., Courtney, M.E., Szeibel, P.J., Koplewicz, H.S. (1996). The effects of auditory stimulation on the arithmetic performance of children with ADHD and non-disabled children. *Journal of Learning Disabilities*, 29(3), 238–246. <https://doi.org/10.1177/002221949602900302>
- Abikoff, H.B., Jensen, P.S., Arnold, L.L., Hoza, B., Hechtman, L., Pollack, S., Martin, D., Alvir, J., March, J.S., Hinshaw, S., Vitiello, B., Newcorn, J., Greiner, A., Cantwell, D.P., Conners, C.K., Elliott, G., Greenhill, L.L., Kraemer, H., Pelham, W.E., Jr, Severe, J.B., Swanson, J.M., Wells, K., Wigal, T. (2002). Observed classroom behavior of children with ADHD: Relationship to gender and comorbidity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(4), 349–359. PMID: 12109488. <https://doi.org/10.1023/a:1015713807297>
- Adams, C. (2007). Girls and ADHD. Are you missing the signs?. *Instructor*, 116(6), 31–35.
- ADHD symptoms in teens: Your guide to warning signs & treatments for adolescents. <https://www.additudemag.com/adhd-symptoms-in-teens/#footnote12>, dostęp: 23.04.2021.
- Andreassen, C.S., Billieux, J., Griffiths, M.D., Kuss, D.J., Demetrovics, Z., Mazzoni, E., Pallesen, S. (2016). The relationship between addictive use of social media and video games and symptoms of psychiatric disorders: A large-scale cross-sectional study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30, 252–262. <https://doi.org/10.1037/adb0000160>
- Arnold, L.E. (1996). Sex differences in ADHD: Conference summary. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(5), 555–569. <https://doi.org/10.1007/BF01670100>
- Arnold, L.E., Hodgkins, P., Caci, H., Kahle, J., Young, S. (2015). Effect of treatment modality on long-term outcomes in attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review. *PLOS ONE*, 10(2), e0116407. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116407>
- Atzori, P., Usala, T., Carucci, S., Danjou, F., Zuddas, A. (2009). Predictive factors for persistent use and compliance of immediate-release methylphenidate: A 36-month naturalistic study. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 19(6), 673–681. <https://doi.org/10.1089/cap.2008.0146>
- Axelsson, E.L., Swinton, J., Winiger, A.I., Horst, J.S. (2018). Napping and toddlers' memory for fast-mapped words. *First Language*, 38(6), 582–595. <https://doi.org/10.1177/0142723718785490>
- Babinski, D., Sibley, M., Ross, J., Pelham, W. (2013). The effects of single versus mixed gender treatment for adolescent girls with ADHD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42(2), 243–250. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.756814>

- Baddeley, A. (2000). The episodic buffer: A new component of working memory?. *Trends in Cognitive Science*, 4(11), 417–423. [https://doi.org/10.1016/S1364-6613\(00\)01538-2](https://doi.org/10.1016/S1364-6613(00)01538-2)
- Bakker, S.C., van der Meulen, E.M., Buitelaar, J.K., Sandkuijl, L.A., Pauls, D.L., Monssuur, A.J., van 't Slot, R., Minderaa, R.B., Gunning, W.B., Pearson, P.L., Sinke, R.J. (2003). A whole-genome scan in 164 Dutch sib pairs with attention-deficit/hyperactivity disorder: Suggestive evidence for linkage on chromosomes 7p and 15q. *American Journal of Human Genetics*, 72(5), 1251–1260. <https://doi.org/10.1086/375143>
- Bardziejewska, M. (2005). Okres dorastania. Jak rozpoznać potencjał nastolatków?. W: A. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa* (s. 345–378). Gdańsk: GWP.
- Barkley, R.A. (2020). *ADHD. Podjąć wyzwanie. Kompletny przewodnik dla rodziców*. Wyd. 2. Tłum. K. Okoń. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Barkley, R.A., *DESR: Why deficient emotional self-regulation is central to ADHD (and largely overlooked)*. <https://www.additudemag.com/desr-adhd-emotional-regulation/>, dostęp: 24.09.2021.
- Barkley, R.A., Edwards, G., Laneri, M., Fletcher, K., Metevia, L. (2001). Executive functioning, temporal discounting, and sense of time in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and oppositional defiant disorder (ODD). *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(6), 541–556. <https://doi.org/10.1023/a:1012233310098>
- Barkley, R.A., Fischer, M. (2010). The unique contribution of emotional impulsiveness to impairment in major life activities in hyperactive children as adults. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(5), 503–513. <https://doi.org/10.1097/00004583-201005000-00011>
- Bauermeister, J.J., Shrout, P.E., Ramírez, R., Bravo, M., Alegría, M., Martínez-Taboas, A., Chávez, L., Rubio-Stipec, M., García, P., Ribera, J.C., Canino, G. (2007). ADHD correlates, comorbidity, and impairment in community and treated samples of children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(6), 883–898. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9141-4>
- Beck, N., Warnke, A., Krüger, H.P., Barglik, W. (1996). Hyperkinetisches Syndrom und Auffälligkeiten im Strassenverkehr: Eine fallkontrollierte Pilotstudie [Hyperkinetic syndrome and behavioral disorders in street traffic: A case control pilot study]. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 4(2), 82–91.
- Becker, S., Barkley, R. (2018). Sluggish cognitive tempo. W: *Oxford handbook of attention deficit hyperactivity disorder* (s. 147–153). Oxford University Press. [https://www.researchgate.net/publication/292148331\\_Sluggish\\_cognitive\\_tempo](https://www.researchgate.net/publication/292148331_Sluggish_cognitive_tempo), dostęp: 21.09.2021.
- Becker, S.P., Langberg, J.M. (2013). Sluggish cognitive tempo among young adolescents with ADHD: Relations to mental health, academic, and social functioning. *Journal of Attention Disorders*, 17(8), 681–689. <https://doi.org/10.1177/1087054711435411>
- Bednarska, N. (2015). Praca domowa uczniów – przegląd badań. *Ruch Pedagogiczny*, 4, 15–32.
- Beheshti, A., Chavanon, M.L., Christiansen, H. (2020). Emotion dysregulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 120(20). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-2442-7>

- Behind the wheel with ADHD: Driving safety tips for teens.* <https://www.additudemag.com/adhd-driving-tips/>, dostęp: 24.04.2021.
- Bental, B., Tirosh, E. (2007). The relationship between attention, executive functions and reading domain abilities in attention deficit hyperactivity disorder and reading disorder: A comparative study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 48(5), 455–463. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01710.x>
- Bertin, M., *Autism and ADHD: The complete playbook for social challenges.* <https://www.additudemag.com/autism-and-adhd/>, dostęp: 15.05.2021.
- Biederman, J., Ball, S.W., Monuteaux, M.C., Mick, E., Spencer, T.J., McCreary, M., Cote, M., Faraone, S.V. (2008). New insights into the comorbidity between ADHD and major depression in adolescent and young adult females. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(4), 426–434. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31816429d3>
- Biederman, J., Ball, S.W., Monuteaux, M.C., Surman, C.B., Johnson, J.L., Zeitlin, S. (2007). Are girls with ADHD at risk for eating disorders? Results from a controlled, five-year prospective study. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 28(4), 302–307. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3180327917>
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S.V., Braaten, E., Doyle, A., Spencer, T., Wilens, T.E., Frazier, E., Johnson, M.A. (2002). Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *The American Journal of Psychiatry*, 159(1), 36–42. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.1.36>
- Blachman, D.R., Hinshaw, S.P. (2002). Patterns of friendship among girls with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(6), 625–640. <https://doi.org/10.1023/a:1020815814973>
- Blum, K., Braverman, E.R., Holder, J.M., Lubar, J.F., Monastra, V.J., Miller, D., Lubar, J.O., Chen, T.J., Comings, D.E. (2000). Reward deficiency syndrome: A biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive, and compulsive behaviors. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32, Supplement 1, 1–112. <https://doi.org/10.1080/02791072.2000.10736099>
- Bora, E., Pantelis, C. (2016). Meta-analysis of social cognition in attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): Comparison with healthy controls and autistic spectrum disorder. *Psychological Medicine*, 46(4), 699–716. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002573>
- Boruc, D.A. (2020). Podmiotowość w terapii dzieci z diagnozą ADHD. W: B. Szczupał, A. Giryński, G. Szumski (red.), *W poszukiwaniu indywidualnych dróg wspierających wszechstronny rozwój osób z niepełnosprawnościami* (s. 50–56). Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Bozhilova, N., Michelini, G., Kuntsi, J., Asherson, P. (2018). Mind wandering perspective on ADHD. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 92, 464–476. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.07.010>
- Bremer, D.A., Stern, J.A. (1976). Attention and distractibility during reading in hyperactive boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 4, 381–387. <https://doi.org/10.1007/BF00922534>



- Briscoe-Smith, A.M., Hinshaw, S.P. (2006). Linkages between child abuse and attention-deficit/hyperactivity disorder in girls: Behavioral and social correlates. *Child Abuse & Neglect*, 30(11), 1239–1255. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.04.008>
- Brown, T.E., Reichel, P.C., Quinlan, D.M. (2009). Executive function impairments in high IQ adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 13, 161–167. <https://doi.org/10.1177/1087054708326113>
- Brzezińska, A., Nowotnik, A. (2012). Funkcje wykonawcze a funkcjonowanie dziecka w środowisku przedszkolnym i szkolnym. *Edukacja*, 1(117), 61–74.
- Buznako, C., *When toddler tantrums are actually ADHD: Early signs of ADD*. <https://www.additudemag.com/toddler-tantrums-adhd-emotions-early-signs/>, dostęp: 7.08.2021.
- Byrne, J.M., Bawden, H.N., Beattie, T.L., DeWolfe, N.A. (2000). Preschoolers classified as having Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): DSM-IV symptom endorsement pattern. *Journal of Child Neurology*, 15(8), 533–538. <https://doi.org/10.1177/088307380001500807>
- Charach, A., Carson, P., Fox, S., Ali, M.U., Beckett, J., Lim, C.G. (2013). Interventions for preschool children at high risk for ADHD: A comparative effectiveness review. *Pediatrics*, 131(5), e1584–e1604. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-0974>
- Chmura-Rutkowska, I. (2012). Przemoc rówieśnicza w gimnazjum a płęć. Kontekst społeczno-kulturowy. *Forum Oświatowe*, 46(1), 41–73.
- Coker, R.C., Elliott, M.N., Toomey, S.L., Schwebel, D.C., Cuccaro, P., Tortolero, S., Emery, S.T., Davies, S.L., Visser, S.N., Schuster, M.A. (2016). Racial and ethnic disparities in ADHD diagnosis and treatment. *Pediatrics*, 138(3), 1–9. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-0407>
- Comings, D.E., Chen, T.J., Blum, K., Mengucci, J.F., Blum, S.H., Meshkin, B. (2005). Neurogenetic interactions and aberrant behavioral co-morbidity of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Dispelling myths. *Theoretical Biology & Medical Modelling*, 2(50). <https://doi.org/10.1186/1742-4682-2-50>
- CONNERS 3, C. Keith Conners, adaptacja polska: Radosław Wujcik, Emilia Wrocławska-Warchała. Podręcznik. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Cortese, S., Faraone, S.V., Bernardi, S., Wang, S., Blanco, C. (2016). Gender differences in adult attention-deficit/hyperactivity disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *The Journal of Clinical Psychiatry*, 77(4), e421–e428. <https://doi.org/10.4088/JCP.14m09630>
- Cortese, S., Faraone, S.V., Konofa, E., Lecendreux, M. (2009). Sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Meta-analysis of subjective and objective studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(9), 894–908. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181ac09c9>
- Counts, C.A., Nigg, J.T., Stawicki, J.A., Rappley, M.D., von Eye, A. (2005). Family adversity in DSM-IV ADHD combined and inattentive subtypes and associated disruptive behavior problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(7), 690–698. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000162582.87710.66>

- Crenshaw, W., *What comes first: ADHD or sleep problems?*. [https://www.additudemag.com/adhd-sleep-problems-solutions/?src=embed\\_link](https://www.additudemag.com/adhd-sleep-problems-solutions/?src=embed_link), dostęp: 25.05.2021.
- Cubbin, S., Parry, A. (2021). Assessment of ADHD in Women. W: J. Steer (red.), *Understanding ADHD in girls and women* (s. 211–266). London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Curchack-Lichtin, J.T., Chacko, A., Halperin, J.M. (2014). Changes in ADHD symptom endorsement: Preschool to school age. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(6), 993–1004. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9834-9>
- Cygan, B. (2018). Uwarunkowania zaburzeń integracji sensorycznej u dziecka i ich objawy. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, 567(2), 11–19. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0011.7278>
- Dadgarnia, M.H., Baradaranfar, M.H., Fallah, R., Atighechi, S., Ahsani, A.H., Baradaranfar, A. (2012). Effect of adenotonsillectomy on ADHD symptoms of children with adenotonsillar hypertrophy. *Acta Medica Iranica*, 50(8), 547–551.
- Dawson, P., Guare, P. (2012). *Zdolne, ale rozkojarzone. Wspieranie rozwoju dziecka za pomocą treningu umiejętności wykonawczych*. Wyd. 1. Tłum. W. Turopolski. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Dąbkowska, M., Pracki, T., Pracka, D. (2007). Obiektywna ocena aktywności dzieci z diagnozą ADHD. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 7(3), 144–153.
- De Ridder, A., De Graeve, D. (2006). Healthcare use, social burden and costs of children with and without ADHD in Flanders, Belgium. *Clinical Drug Investigation*, 26(2), 75–90. <https://doi.org/10.2165/00044011-200626020-00003>
- de Zwaan, M., Gruss, B., Müller, A., Graap, H., Martin, A., Glaesmer, H., Hilbert, A., Philippen, A. (2012). The estimated prevalence and correlates of adult ADHD in a German community sample. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262(1), 79–86. <https://doi.org/10.1007/s00406-011-0211-9>
- Deault, L.C. (2010). A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Psychiatry & Human Development*, 41(2), 68–92. <https://doi.org/10.1007/s10578-009-0159-4>
- Deptuła, M. (2019). *Odrzucenie rówieśnicze. Profilaktyka i terapia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5*. (2013). Washington: American Psychiatric Association.
- Dukarm, C.P. (2005). Bulimia nervosa and attention deficit hyperactivity disorder: A possible role for stimulant medication. *Journal of Women's Health* 2005, 14(4), 345–350. <https://doi.org/10.1089/jwh.2005.14.345>
- Dvorsky, M.R., Langberg, J.M. (2016). A review of factors that promote resilience in youth with ADHD and ADHD symptoms. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 19(4), 368–391. <https://doi.org/10.1007/s10567-016-0216-z>
- Edvinsson, D., Lindström, E., Bingenfors, K., Lewander, T., Ekselius, L. (2013). Gender differences of axis I and II comorbidity in subjects diagnosed with attention-deficit

- hyperactivity disorder as adults. *Acta Neuropsychiatrica*, 25(3), 165–174. <https://doi.org/10.1111/j.1601-5215.2012.00682.x>
- Eisenberg, D., Schneider, H. (2007). Perceptions of academic skills of children diagnosed with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 10(4), 390–397. <https://doi.org/10.1177/1087054706292105>
- Elkins, I.J., Malone, S., Keyes, M., Iacono, W.G., McGue, M. (2011). The impact of attention-deficit/hyperactivity disorder on preadolescent adjustment may be greater for girls than for boys. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(4), 532–545. <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.581621>
- Faramarzi, S., Rad, S.A., Abedi, A. (2016). Effect of sensory integration training on executive functions of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 11(1), 1–5. <https://doi.org/10.5114/nan.2016.60388>
- Faraone, S.V., Biederman, J., Lehman, B.K., Keenan, K., Norman, D., Seidman, L.J., Kolodny, R., Kraus, I., Perrin, J., Chen, W.J. (1993). Evidence for the independent familial transmission of attention deficit hyperactivity disorder and learning disabilities: Results from a family genetic study. *The American Journal of Psychiatry*, 150(6), 891–895. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.6.891>
- Faraone, S.V., Biederman, J., Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*, 36(2), 159–165. <https://doi.org/10.1017/S003329170500471X>
- Faraone, S.V., Rostain, A.L., Blader, J., Busch, B., Childress, A.C., Connor, D.F., Newcorn, J.H. (2019). Practitioner review: Emotional dysregulation in attention-deficit/hyperactivity disorder – implications for clinical recognition and intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 60(2), 133–150. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12899>
- Filipiak, E. (2011). *Z Wygotskim i Brunerem w tle: słownik pojęć kluczowych*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Fischer, M., Barkley, R.A., Smallish, L., Fletcher, K. (2007). Hyperactive children as young adults: Driving abilities, safe driving behavior, and adverse driving outcomes. *Accident Analysis and Prevention*, 39(1), 94–105. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2006.06.008>
- Flynn MacCarthy, L., *Boys vs. girls: How puberty affects ADHD symptoms*. <https://www.additudemag.com/puberty-and-adhd-symptoms-teens/>, dostęp: 21.04.2021.
- Flynn MacCarthy, L., *What is an ADHD coach?*. <https://www.additudemag.com/shopping-for-a-coach/>, dostęp: 13.04.2021.
- Flynn MacCarthy, L., *Women, hormones, and ADHD*. <https://www.additudemag.com/women-hormones-and-adhd/>, dostęp: 21.04.2021.
- Fugatea, M., Gentry, M. (2016). Understanding adolescent gifted girls with ADHD: Motivated and achieving. *High Ability Studies*, 27(1), 83–109. <http://doi.org/10.1080/13598139.2015.1098522>
- Furlong, M., McLoughlin, F., McGilloway, S., Geary, D. (2016). Interventions to improve mathematical performance for children with mathematical learning difficulties (MLD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(CD012130). <http://doi.org/10.1002/14651858.CD012130>

- Furman, B. (2012). *Program „Dam radę!” w praktyce. Nowa metoda pomagania dzieciom w przewyżczeniu problemów z emocjami i zachowaniem*. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia.
- Furzer, J., Dhuey, E., Laporte, A. (2000). *ADHD misidentification in school: Causes and mitigators*. Working Papers 200001. Toronto: Canadian Centre for Health Economics. <https://www.canadiancentrefortheconomics.ca/wp-content/uploads/2020/01/Furzeretal2020.pdf>, dostęp: 5.09.2021.
- Gafford, E., *My child was diagnosed at age 3 – and thank god she was*. <https://www.additudemag.com/diagnosing-adhd-toddlers/>, dostęp: 20.09.2021.
- Gajria, K., Lu, M., Sikirica, V., Greven, P., Zhong, Y., Qin, P., Xie, J. (2014). Adherence, persistence, and medication discontinuation in patients with attention-deficit/hyperactivity disorder – a systematic literature review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 1543–1569. <https://doi.org/10.2147/NDT.S65721>
- Garstka, T. (2016). *Psychopedagogiczne mity. Jak zachować naukowy sceptycyzm w edukacji i wychowaniu?*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Gaub, M., Carlson, C.L. (1997). Gender differences in ADHD: A meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1036–1045. <https://doi.org/10.1097/00004583-199708000-00011>
- Gawęda, A., Nowak, M., Janas-Kozik, M. (2010). Diagnoza ADHD – pomoc czy przeszkoda. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 10(2), 117–119.
- Gayán, J., Willcutt, E.G., Fisher, S.E., Francks, C., Cardon, L.R., Olson, R.K., Pennington, B.F., Smith, S.D., Monaco, A.P., DeFries, J.C. (2005). Bivariate linkage scan for reading disability and attention-deficit/hyperactivity disorder localizes pleiotropic loci. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 46(10), 1045–1056. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01447.x>
- Gilger, J.W., Pennington, B.F., DeFries, J.C. (1992). A twin study of the etiology of comorbidity: Attention-deficit hyperactivity disorder and dyslexia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(2), 343–348. <https://doi.org/10.1097/00004583-199203000-00024>
- Gillberg, C. (2003). ADHD and DAMP: A general health perspective. *Child and Adolescent Mental Health*, 8(3), 106–113. <https://doi.org/10.1111/1475-3588.00054>
- Goldstein, S., Gaub, M., Carlson, C. (1997). Gender differences in ADHD: A meta-analysis of analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1036–1045. <https://doi.org/10.1177/108705479700200305>
- Goldwin Emmons, P., McKendry Anderson, L. (2007). *Dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej. Zaburzenia rozwojowo-sensoryczne oraz edukacyjne występujące w ramach autyzmu, ADHD, trudności szkolnych oraz zaburzeń dwubiegunowych*. Warszawa: Wydawnictwo K.E. Liber.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 38(5), 581–586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>

- Goodman, R., Ford, T., Richards, H., Gatward, R., Meltzer, H. (2000). The development and well-being assessment: Description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 41(5), 645–655. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2000.tb02345.x>
- Groen, Y., Priegnitz, U., Fuermaier, A.B.M., Tucha, L., Tucha, O., Aschenbrenner, S., Weisbrod, M., Garcia Pimenta, M. (2020). Testing the relation between ADHD and hyperfocus experiences. *Research in Developmental Disabilities*, 107(103789). <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103789>
- Gudjonsson, G.H., Sigurdsson, J.F., Eyjolfsson, G.A., Smari, J., Young, S. (2009). The relationship between satisfaction with life, ADHD symptoms, and associated problems among university students. *Journal of Attention Disorders*, 12(6), 507–515. <https://doi.org/10.1177/1087054708323018>
- Hall, C.L., Guo, B., Valentine, A.Z., Groom, M.J., Daley, D., Sayal, K., Hollis, C. (2020). The validity of the SNAP-IV in children displaying ADHD symptoms. *Assessment*, 27(6), 1258–1271. <https://doi.org/10.1177/1073191119842255>
- Hart, H., Radua, J., Nakao, T., Mataix-Cols, D., Rubia, K. (2013). Meta-analysis of functional magnetic resonance imaging studies of inhibition and attention in attention-deficit/hyperactivity disorder: Exploring task-specific, stimulant medication, and age effects. *JAMA Psychiatry*, 70(2), 185–198. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.277>
- Hervey, A.S., Epstein, J.N., Curry, J.F. (2004). Neuropsychology of adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A metaanalytic review. *Neuropsychology*, 18(3), 485–503. <https://doi.org/10.1037/0894-4105.18.3.485>
- Hinshaw, S.P. (1987). On the distinction between attentional deficits/hyperactivity and conduct problems/aggression in child psychopathology. *Psychological Bulletin*, 101(3), 443–463.
- Hinshaw, S.P. (2009). *The triple bind: Saving our teenage girls from today's pressures*. New York: Ballantine Books.
- Hinshaw, S.P. (2018). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Controversy, developmental mechanisms, and multiple levels of analysis. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14(8), 291–316. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084917>
- Hinshaw, S.P., Carte, E.T., Fan, C., Jassy, J.S., Owens, E.B. (2007). Neuropsychological functioning of girls with attention-deficit/hyperactivity disorder followed prospectively into adolescence: Evidence for continuing deficits?. *Neuropsychology*, 21(2), 263–273. <https://doi.org/10.1037/0894-4105.21.2.263>
- Hinshaw, S.P., Owens, E.B., Sami, N. (2006). Prospective follow-up of girls with attention-deficit/hyperactivity disorder into adolescence: Evidence for continuing cross-domain impairment. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 74(3), 489–499. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.3.489>
- Hinshaw, S.P., Owens, E.B., Zalecki, C., Huggins, S.P., Montenegro-Nevado, A.J., Schrodek, E., Swanson, E.N. (2012). Prospective follow-up of girls with attention-deficit/hyperactivity disorder into early adulthood: Continuing impairment includes elevated

- risk for suicide attempts and self-injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(6), 1041–1051. <https://doi.org/10.1037/a0029451>
- Holmes, C. (2009). An intergenerational program with benefits. *Early Childhood Education Journal*, 37, 113–119. <http://doi.org/10.1007/s10643-009-0329-9>
- Hołub, J. (2020). *Niegrzeczne. Historie dzieci z ADHD, autyzmem i zespołem Aspergera*. Wołowiec: Wydawnictwo Czarne.
- Hua, M.-H., Huang, K.-L., Hsu, J.-W., Bai Su, T.-P., Tsai, S.-J., Li, C.-T., Lin, W.-C., Chen, T.-J., Chen, M.-H. (2020). Early pregnancy risk among adolescents with ADHD: A nationwide longitudinal study. *Journal of Attention Disorders*, 23(1), 1–8. <https://doi.org/10.1177/1087054719900232>
- Huessy, H.R. (1990). *The pharmacotherapy of personality disorders in women*. New York: Paper presented at the annual meeting of the APA (symposia).
- Hupfeld, K.E., Abagis, T.R., Shah, P. (2019). Living “in the zone”: Hyperfocus in adult ADHD. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 11, 191–208. <https://doi.org/10.1007/s12402-018-0272-y>
- Instanes, J.T., Klungsoyr, K., Helmlly, A., Fasmer, O.B., Haavik, J. (2018). Adult ADHD and comorbid somatic disease: A systematic literature review. *Journal of Attention Disorders*, 22(3), 203–228. <https://doi.org/10.1177/1087054716669589>
- Is it a Executive Function Disorder?*. <https://www.additudemag.com/download/executive-function-disorder/>, dostęp: 30.08.2021.
- Isaksson, J., Ruchkin, V., Lindblad, F. (2020). Unseen and stressed? Gender differences in parent and teacher ratings of ADHD symptoms and associations with perceived stress in children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 24(11), 1565–1569. <https://doi.org/10.1177/1087054716658381>
- Ivens, V. (2021). Too little too late? Coaching girls with ADHD. W: J. Steer (red.), *Understanding ADHD in girls and women* (s. 173–210). London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Januszewska, E., Januszewska, I. (2016). ADHD a problem dysleksji u dzieci w wieku szkolnym. *Rocznik Filozoficzny Ignatianum*, 22, 52–74.
- Jensen, P.S., Hinshaw, S.P., Kraemer, H.C., Lenora, N., Newcorn, J.H., Abikoff, H.B., March, J.S., Arnold, L.E., Cantwell, D.P., Conners, C.K., Elliott, G.R., Greenhill, L.L., Hechtman, L., Hoza, B., Pelham, W.E., Severe, J.B., Swanson, J.M., Wells, K.C., Wigal, T., Vitiello, B. (2001). ADHD comorbidity findings from the MTA study: Comparing comorbid subgroups. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(2), 147–158. <https://doi.org/10.1097/00004583-200102000-00009>
- Jensen, P.S., Martin, D., Cantwell, D.P. (1997). Comorbidity in ADHD: Implications for research, practice, and DSM-V. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1065–1079. <https://doi.org/10.1097/00004583-199708000-00014>
- Johnston, C., Mash, E.J., Miller, N., Ninowski, J.E. (2012). Parenting in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Clinical Psychology Review*, 32(4), 215–228. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.01.007>



- Kamath, M.S., Dahm, C.R., Tucker, J.R., Huang-Pollock, C.L., Etter, N.M., Neely, K.A. (2020). Sensory profiles in adults with and without ADHD. *Research in Developmental Disabilities, 104*. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103696>
- Kamza, A. (2014). *Rozwój dziecka. Wczesny wiek szkolny*. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.
- Karalunas, S.L., Gustafsson, H.C., Fair, D., Musser, E.D., Nigg, J.T. (2019). Do we need an irritable subtype of ADHD? Replication and extension of a promising temperament profile approach to ADHD subtyping. *Psychological Assessment, 31*(2), 236–247. <https://doi.org/10.1037/pas0000664>
- Karasowska, A., *Uczeń z zaburzeniami zachowania. Budowanie strategii pracy w środowisku szkolnym*. <https://www.ore.edu.pl/2015/03/zaburzenia-zachowania-w-tym-adhd/>, dostęp: 8.05.2021.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D., Ryan, N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*(7), 980–988. <https://doi.org/10.1097/00004583-199707000-00021>
- Kądziała-Olech, H., Żak, G., Kalinowska, B., Wągrocka, A., Perestret, G., Bielawski, M. (2015). Częstość zamierzonych samookaleczeń bez intencji samobójczych – Nonsuicidal Self-Injury (NSSI) wśród uczniów szkół ponadpodstawowych w odniesieniu do wieku i płci. *Psychiatria Polska, 49*(4), 765–778. <http://doi.org/10.12740/psychiatria-polska.pl/online-first/3>
- Kelly, K., Ramundo, P. (2006). *You mean I'm not lazy, stupid or crazy?!*. New York: Simon & Schuster.
- Kennedy, D., *The ADHD symptoms that complicate and exacerbate a math learning disability*. <https://www.additudemag.com/math-learning-disabilities-dyscalculia-adhd/>, dostęp: 18.05.2021.
- Kennedy, D.M., Banks, R.S., Grandin, T. (2011). *Bright not broken: Gifted kids, ADHD, and autism*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kercood, S., Lineweaver, T.T., Kugler, J. (2015). Gender differences in self-reported symptomatology and working memory in college students with ADHD. *Journal of Postsecondary Education & Disability, 28*(1), 41–56.
- Klingberg, T., Fernell, E., Olesen, P.J., Johnson, M., Gustafsson, P., Dahlström, K., Gillberg, Ch.G., Forsberg, Westerberg, H. (2005). Computerized training of working memory in children with ADHD—a randomized, controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 44*(2), 177–186. <http://doi.org/10.1097/00004583-200502000-00010>
- Kofler, M.J., Sarver, D.E., Austin, K.E., Schaefer, H.S., Holland, E., Aduen, P.A., Wells, E.L., Soto, E.F., Irwin, L.N., Schatschneider, C., Lonigan, C.J. (2018). Can working memory training work for ADHD? Development of central executive training and comparison with behavioral parent training. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 86*(12), 964–979. <https://doi.org/10.1037/ccp0000308>

- Kok, F.M., Groen, Y., Fuermaier, A.B., Tucha, O. (2016). Problematic peer functioning in girls with ADHD: A systematic literature review. *PLOS ONE*, 11(11), e0165119. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0165119>
- Kokkalia, G.K., Drigas, A. (2015). Working memory and ADHD in preschool education. The role of ICT'S as a diagnostic and intervention tool: An overview. *International Journal of Emerging Technologies in Learning*, 10(5), 4–9. <https://doi.org/10.3991/ijet.v10i5.4359>
- Kołałowski, A., Pisula, A. (2009). *Sposób na trudne dziecko. Przyjazna terapia behawioralna*. Sopot: GWP.
- Kołałowski, A., Wolańczyk, T., Liwska, M. (2000). Polska wersja Kwestionariusza Connersa dla Nauczycieli – The Revised Conners Teacher Rating Scale (RCTRS). Doniesienie wstępne. W: I. Namysłowska (red.), *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży – wybrane zagadnienia* (s. 55–64). Kraków: Polskie Towarzystwo Psychiatryczne.
- Kołałowski, A., Wolańczyk, T., Pisula, A., Skotnicka, M., Bryńska, A. (2014). *ADHD. Zespół nadpobudliwości ruchowej. Przewodnik dla rodziców i wychowawców*. Sopot: GWP.
- Konarzewski, K. (2004). Uczeń. W: K. Konarzewski (red.), *Szkoła. Podręcznik akademicki* (s. 116–117). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Konowalek, Ł. (2019). Różnicowanie ADHD i PTSD na przykładzie pacjentki w późnym okresie dorastania. *Terapia Poznawczo-Behawioralna*, 10, 31–41.
- Kopciwicz, L. (2007). *Rodzaj i edukacja. Studium fenomenograficzne z zastosowaniem teorii społecznej Pierre'a Bourdieu*. Wrocław: Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej Edukacji TWP we Wrocławiu.
- Kotimaa, A.J., Moilanen, I., Taanila, A., Ebeling, H., Smalley, S.L., McGough, J.J., Hartikainen, A.L., Järvelin, M.R. (2003). Maternal smoking and hyperactivity in 8-year-old children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(7), 826–833. <https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000046866.56865.A2>
- Kotimaa, A.J., Nordahl, T.E., Gross, M., King, A.C., Semple, W.E., Rumsey, J., Hamburger, S., Cohen, R.M. (1990). Cerebral glucose metabolism in adults with hyperactivity of childhood onset. *The New England Journal of Medicine*, 323(20), 1361–1366. <https://doi.org/10.1056/NEJM199011153232001>
- Krasowicz-Kupis, G., Wiejak, K., Gruszczyńska, K. (2015). *Katalog metod diagnozy rozwoju poznawczego dziecka na etapie edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej*. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.
- Kruszewski, K. (2004). O nauczaniu i uczeniu się w szkole. W: K. Kruszewski (red.), *Sztuka nauczania. Czynności nauczyciela. Podręcznik akademicki* (s. 109–144). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kulmanm, R.Q., *My twice-exceptional child is failing high school*. <https://www.additudemag.com/twice-exceptional-adhd-teen-failing-school/>, dostęp: 19.04.2021
- Lange, G., Sheerin, D., Carr, A., Dooley, B., Barton, V., Marshall, D., Mulligan, A., Lawlor, M., Belton, M., Doyle, M. (2005). Family factors associated with attention deficit hyperactivity disorder and emotional disorders in children. *Journal of Family Therapy*, 27, 76–96. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2005.00300.x>

- Law, E.C., Sideridis, G.D., Albers Prock, L., Sheridan, M.A. (2014). Attention-deficit/hyperactivity disorder in young children: Predictors of diagnostic stability. *Pediatrics*, 133(4), 659–667. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3433>
- Lee, S.S., Lahey, B.B., Owens, E.B., Hinshaw, S.P. (2008). Few preschool boys and girls with ADHD are well-adjusted during adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(3), 373–383. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9184-6>
- Lemańska-Lewandowska, E. (2008). Język a uczenie się – o języku instrukcji i samoregulacji w procesie nauczania-uczenia się. W: E. Filipiak (red.), *Rozwijanie zdolności uczenia się. Wybrane konteksty i problemy* (s. 169–177). Bydgoszcz: Wydawnictwo UKW.
- Lenartowicz, A., Truong, A.H., Salgari, G.C., Bilder, R.M., McGough, J., McCracken, J.T., Loo, S.K. (2009). Alpha modulation during working memory encoding predicts neurocognitive impairment in ADHD. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 60(8), 917–926. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13042>
- Light, J.G., Pennington, B.F., Gilger, J.W., DeFries, J.C. (1995). Reading disability and hyperactivity disorder: Evidence for a common genetic etiology. *Developmental Neuropsychology*, 11(3), 323–335. <https://doi.org/10.1080/87565649509540623>
- Lipowska, M. (2011). *Dysleksja i ADHD – współwystępujące zaburzenia rozwoju. Neuropsychologiczna analiza deficytów pamięci*. Warszawa: Wydawnictwo Scholar. <https://doi.org/10.13140/2.1.2431.0403>
- Litner, B. (2003). Teens with ADHD: The challenge of high school. *Child & Youth Care Forum*, 32, 137–158. <https://doi.org/10.1023/A:1023350308485>
- Littman, E., *Never enough? Why ADHD brains crave stimulation*. <https://www.additudemag.com/brain-stimulation-and-adhd-cravings-dependency-and-regulation/>, dostęp: 7.11.2021.
- Loo, S.K., Fisher, S.E., Francks, C., Ogdie, M.N., MacPhie, I.L., Yang, M., McCracken, J.T., McGough, J.J., Nelson, S.F., Monaco, A.P., Smalley, S.L. (2004). Genome-wide scan of reading ability in affected sibling pairs with attention-deficit/hyperactivity disorder: Unique and shared genetic effects. *Molecular Psychiatry*, 9(5), 485–493.
- Łazarski, M., Woźniak-Rekucka, P. (2019). Terapia poznawczo-behawioralna jako forma oddziaływania w leczeniu ADHD. *Terapia Poznawczo-Behawioralna*, 10, 11–29.
- Łojko, D., Suwalska, A., Rybakowski, J. (2014). Dwubiegunowe zaburzenia nastroju i zaburzenia depresyjne w klasyfikacji DSM-5. *Psychiatria Polska*, 48(2), 245–260.
- Madiouni, C., Lopez, R., Gély-Nargeot, M.C., Lebrun, C., Bayard, S. (2020). Mind-wandering and sleepiness in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry Research*, 287(112901). <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112901>
- Martel, M.M. (2009). Research review: A new perspective on attention-deficit/hyperactivity disorder: Emotion dysregulation and trait models. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(9), 1042–1051. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02105.x>
- Matejczuk, J. (2014). *Rozwój dziecka. Wiek przedszkolny*. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.
- McCabe, D., Roediger, H., McDaniel, M., Balota, D., Hambrick, D. (2010). The relationship between working memory capacity and executive functioning: Evidence for a common executive attention construct. *Neuropsychology*, 24(2), 222–243.

- Mezzacappa, E., Buckner, J.C. (2010). Working memory training for children with attention problems or hyperactivity: A school-based pilot study. *School Mental Health*, 2, 202–208. <https://doi.org/10.1007/s12310-010-9030-9>
- Mikami, A., Chi, T., Hinshaw, S.T. (2004). Behavior ratings and observations of externalizing symptoms in girls: The role of child popularity with adults. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 151–163. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000022107.47515.85>
- Mikami, A.Y., Hinshaw, S.P. (2006). Resilient adolescent adjustment among girls: Buffers of childhood peer rejection and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 823–837(2006). <https://doi.org/10.1007/s10802-006-9062-7>
- Mikami, A.Y., Hinshaw, S.P., Patterson, K.A., Lee, J.C. (2008). Eating pathology among adolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(1), 225–235. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.117.1.225>
- Mikler-Chwastek, A. (2020). Wpływ technologii informacyjno-komunikacyjnych na rozwój fizyczny i motoryczny. W: N. Bednarska (red.), *Dziecko – media – rozwój. O konsekwencjach obecności mediów w życiu dziecka* (s. 17–37). Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Miller, N.V., Degnan, K.A., Hane, A.A., Fox, N.A., Chronis, T.A. (2019). Infant temperament reactivity and early maternal caregiving: Independent and interactive links to later childhood attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 60(1), 43–53. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12934>
- Miodus, S., Allwood, M.A., Amoh, N. (2021). Childhood ADHD symptoms in relation to trauma exposure and PTSD symptoms among college students: Attending to and accommodating trauma. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 29(3), 187–196. <https://doi.org/10.1177/1063426620982624>
- Modesto-Lowe, V., Yelunina, L., Hanjan, K. (2011). Attention-deficit/hyperactivity disorder: A shift toward resilience?. *Clinical Pediatrics*, 50(6), 518–524. <https://doi.org/10.1177/0009922810394836>
- Moffitt, T.E., Houts, R., Asherson, P., Belsky, D.W., Corcoran, D.L., Hammerle, M., Harrington, H., Hogan, S., Meier, M.H., Polanczyk, G.V., Poulton, R., Ramrakha, S., Sugden, K., Williams, B., Rohde, L.A., Caspi, A. (2015). Is adult ADHD a childhood-onset neurodevelopmental disorder? Evidence from a four-decade longitudinal cohort study. *The American Journal of Psychiatry*, 172(10), 967–977. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.14101266>
- Montes, G., Lotyczewski, B.S., Halterman, J.S., Hightower, A.D. (2012). School readiness among children with behavior problems at entrance into kindergarten: Results from a US national study. *European Journal of Pediatrics*, 171(3), 541–548. <https://doi.org/10.1007/s00431-011-1605-4>
- Monuteaux, M.C., Fitzmaurice, G., Blacker, D., Buka, S.L., Biederman, J. (2004). Specificity in the familial aggregation of overt and covert conduct disorder symptoms in a referred attention-deficit hyperactivity disorder sample. *Psychological Medicine*, 34(6), 1113–1127. <https://doi.org/10.1017/s0033291703001788>

- Morales, M., Mundy, P., Crowson, M., Neal-Beevers, A., Delgado, Ch. (2005). Individual differences in infant attention skills, joint attention, and emotion regulation behaviour. *International Journal of Behavioral Development*, 29, 259–263. <https://doi.org/10.1177/01650250444000432>
- Moukhtarian, T.R., Reinhard, I., Morillas-Romero, A., Ryckaert, C., Mowlem, F., Bozhilova, N., Moran, P., Ebner-Priemer, U., Asherson, P. (2020). Wandering minds in attention-deficit/hyperactivity disorder and borderline personality disorder. *European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 38, 98–109. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2020.07.005>
- Mowlem, F., Agnew-Blais, J., Taylor, E., Asherson, P. (2019). Do different factors influence whether girls versus boys meet ADHD diagnostic criteria? Sex differences among children with high ADHD symptoms. *Psychiatry Research*, 272, 765–773. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.128>
- My earliest memory of ADHD hyperfixation is...* <https://www.additudemag.com/hyperfixation-adhd-stories/>, dostę: 18.05.2021.
- Nada-Raja, S., Langley, J.D., McGee, R., Williams, S.M., Begg, D.J., Reeder, A.I. (1997). Inattentive and hyperactive behaviors and driving offenses in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(4), 515–522. <https://doi.org/10.1097/00004583-199704000-00014>
- Nadeau, K.G., Littman, E.B., Quinn, P.O. (2015). *AD/HD Self-Rating Scale for Girls*. [https://www.researchgate.net/publication/242642028\\_ADHD\\_SELF\\_RATING\\_SCALE\\_FOR\\_GIRLS](https://www.researchgate.net/publication/242642028_ADHD_SELF_RATING_SCALE_FOR_GIRLS), dostę: 20.09.2020.
- Nadeau, K.G., Littman, E.B., Quinn, P.O. (2016). *Understanding girls with ADHD. How they feel and why they do what they do*. Washington: Advantage Books.
- Nadeau, K.G., Quinn, P.O. (2002). Women's AD/HD Self-assessment symptom inventory (SASI). W: K. Nadeau, P. Quinn (red.), *Understanding women with AD/HD* (s. 24–43). Washington: Advantage Books.
- Nigg, J.T., Karalunas, S.L., Gustafsson, H.C., Bhatt, P., Ryabinin, P., Mooney, M.A., Faraone, S.V., Fair, D.A., Wilmot, B. (2020). Evaluating chronic emotional dysregulation and irritability in relation to ADHD and depression genetic risk in children with ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(2), 205–214. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13132>
- Nigg, J.T., Super, E., *Why children with ADHD hate bedtime: Solutions to ADHD sleep problems*. <https://www.additudemag.com/adhd-sleep-problems>, dostę: 25.05.2021.
- Nigg, J.T., *The ADHD-anger connection: New insights into emotional dysregulation and treatment considerations*. [https://www.additudemag.com/anger-issues-adhd-emotional-dysregulation/?src=embed\\_link](https://www.additudemag.com/anger-issues-adhd-emotional-dysregulation/?src=embed_link), dostę: 14.05.2021.
- Nijmeijer, J.S., Minderaa, R.B., Buitelaar, J.K., Mulligan, A., Hartman, C.A., Hoekstra, P.J. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder and social dysfunctioning. *Clinical Psychology Review*, 28(4), 692–708. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.10.003>
- Nowakowska-Buryła, I. (2008). Rozwijanie zdolności samodzielnego uczenia się u dzieci w młodszym wieku szkolnym. W: E. Filipiak (red.), *Rozwijanie zdolności uczenia się*.

- Wybrane konteksty i problemy* (s. 189–196). Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Nowogrodzka, A., Piasecki, B. (2012). Zespół ADHD a funkcjonowanie motoryczne. *Pielęgniarstwo Polskie*, 4(46), 210–213.
- O'Neill, S., Rajendran, K., Mahbubani, S.M., Halperin, J.M. (2017). Preschool predictors of ADHD symptoms and impairment during childhood and adolescence. *Current Psychiatry Reports*, 19(95). <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0853-z>
- O'Regan, F.J. (2005). *ADHD*. Warszawa: Wydawnictwo K.E. Lieber.
- O'Brien, J.W., Dowell, L.R., Mostofsky, S.H., Denckla, M.B., Mahone, E.M. (2010). Neuropsychological profile of executive function in girls with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 25(7), 656–670. <https://doi.org/10.1093/arclin/acq050>
- Ochojska, D., Pasternak, J. (2019). Postawy rodzicielskie w percepcji studentów z ADHD. *Wychowanie w Rodzinie*, 20(1), 181–194. <https://doi.org/10.34616/wwr.2019.1.181.194>
- Ohan, J.L., Johnston, Ch. (2005). Gender appropriateness of symptom criteria for attention-deficit/hyperactivity disorder, oppositional-defiant disorder, and conduct disorder. *Child Psychiatry and Human Development*, 35(4), 359–381. <https://doi.org/10.1007/s10578-005-2694-y>
- Ohan, J.L., Johnston, Ch. (2007). What is the social impact of ADHD in girls? A multi-method assessment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(2), 239–250. <https://doi.org/10.1007/s10802-006-9076-1>
- Ohan, J.L., Johnston, Ch. (2011). Positive illusions of social competence in girls with and without ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(4), 527–539. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9484-0>
- Olson, S.L., Bates, J.E., Sandy, J.M., Schilling, E.M. (2002). Early developmental precursors of impulsive and inattentive behavior: From infancy to middle childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 435–447.
- Owens, E.B., Hinshaw, S.P., Lee, S.S., Lahey, B.B. (2009). Few girls with childhood attention-deficit/hyperactivity disorder show positive adjustment during adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38(1), 132–143. <https://doi.org/10.1080/15374410802575313>
- Pennington, B.F., Groisser, D., Welsh, M.C. (1993). Contrasting cognitive deficits in attention deficit hyperactivity disorder versus reading disability. *Developmental Psychology*, 29(3), 511–523. <http://doi.org/10.1037/0012-1649.29.3.511>
- Peris, T.S., Hinshaw, S.P. (2003). Family dynamics and preadolescent girls with ADHD: The relationship between expressed emotion, ADHD symptomatology, and comorbid disruptive behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 44(8), 1177–1190. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00199>
- Perrin, H.T., Heller, N.A., Loe, I.M. (2019). School readiness in preschoolers with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 144(2). <https://doi.org/10.1542/peds.2019-0038>
- Petersen, I.T., Bates, J.E., D'Onofrio, B.M., Coyne, C.A., Lansford, J.E., Dodge, K.A., Pettit, G.S., Van Hulle, C.A. (2013). Language ability predicts the development of behavior



- problems in children. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(2), 542–557. <https://doi.org/10.1037/a0031963>
- Pincus, H.A., Tew, J.D., First, M.B. (2004). Psychiatric comorbidity: Is more less?. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 3(1), 18–23.
- Plichta, P. (2016). Przemoc rówieśnicza i uczniowie ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi – uwarunkowania propozycje rozwiązań profilaktycznych. *Dziecko Krzywdzone: Teoria, Badania, Praktyka*, 15(1), 27–52.
- Porrino, L.J., Rapoport, J.L., Behar, D., Sceery, W., Ismond, D.R., Bunney, W.E., Jr (1983). A naturalistic assessment of the motor activity of hyperactive boys. I. Comparison with normal controls. *Archives of General Psychiatry*, 40(6), 681–687. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1983.04390010091012>
- Pyżalski, J. (2010). Polscy nauczyciele i uczniowie a agresja elektroniczna – zarys teoretyczny i najnowsze wyniki badań. W: M. Jędrzejko, D. Sarzała (red.), *Człowiek i uzależnienia*. Pułtusk–Warszawa: Akademia Humanistyczna im. Aleksandra Gieysztor, Oficyna Wydawnicza ASPRA.
- Quinn, P., Wigal, S. (2004). Perceptions of girls and ADHD: Results from a national survey. *Medscape General Medicine*, 6(2), 2. PMID: 15266229.
- Quinn, P.O. (2005). Treating adolescents girls and women with ADHD: Gender – specific issues. *Journal of Clinical Psychology*, 61(5), 579–587. <https://doi.org/10.1002/jclp.20121>
- Quinn, P.O., Madhoo, M. (2014). A review of attention-deficit/hyperactivity disorder in women and girls: Uncovering this hidden diagnosis. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 16(3). <https://doi.org/10.4088/PCC.13r01596>
- Reinblatt, S.P., Mahone, E.M., Tanofsky-Kraff, M., Lee-Winn, A.E., Yenokyan, G., Leoutsakos, J.-M.S., Moran, T.H., Guarda, A.S., Riddle, M.A. (2015). Pediatric loss of control eating syndrome. Association with attention-deficit/hyperactivity disorder and impulsivity. *International Journal of Eating Disorder*, 48, 580–588. <https://doi.org/10.1002/eat.22404>
- Rhee, S.H., Waldman, I.D. (2004). Etiology of sex differences in the prevalence of ADHD: An examination of inattention and hyperactivity-impulsivity. *American Journal of Medical Genetics*, 127B(1), 60–64. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.20131>
- Richardson, M., Moore, D.A., Gwernan-Jones, R., Thompson-Coon, J., Ukoumunne, O., Rogers, M., Whear, R., Newlove-Delgado, T.V., Logan, S., Morris, C., Taylor, E., Cooper, P., Stein, K., Garside, R., Ford, T.J. (2015). Non-pharmacological interventions for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) delivered in school settings: Systematic reviews of quantitative and qualitative research. *Health Technology Assessment*, 19(45), 1–470. <https://doi.org/10.3310/hta19450>
- Rodden, J., *What is executive dysfunction?*. <https://www.additudemag.com/what-is-executive-function-disorder/>, dostęp: 30.08.2021.
- Rucklidge, J.J., Tannock, R. (2001). Psychiatric, psychosocial and cognitive functioning of female adolescents with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 530–540. <https://doi.org/10.1177/108705470100500124>

- Rucklidge, J.J., Tannock, R. (2002). Neuropsychological profiles of adolescents with ADHD: Effects of reading difficulties and gender. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 43(8), 988–1003. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00227>
- Rynkiewicz, A., Janas-Kozik, M.A., Słopeń, A. (2019). Dziewczęta i kobiety z autyzmem. *Psychiatria Polska*, 53(4), 737–752. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/95098>
- Sáez Francàs, N., Alegre, J., Calvo Piñero, N., Ramos Quiroga, J.A., Ruiz, E., Olivares, B., García Gíménez, E., Casas, M. (2011). Prevalence of ADHD in chronic fatigue syndrome. *European Psychiatry*, 26(S2), 1574–1574. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(11\)73278-3](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(11)73278-3)
- Safren, S.A., Perlman, C.A., Sprich, S., Otto, M.W. (2015). *Poskromić ADHD. Poznawczo-behavioralna terapia dorosłych. Podręcznik terapeutyczny*. Tłum. A. Pałynyczko-Ćwiklińska. Sopot: GWP.
- Salmivalli, Ch., Sainio, M., Hodges, E. (2013). Electronic victimization: Correlates, antecedents, and consequences among elementary and middle school students. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42(4), 442–453. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.759228>
- Sandoval, M., Leclerc, J.A., Gómez, R.L. (2017). Words to sleep on: Naps facilitate verb generalization in habitually and nonhabitually napping preschoolers. *Child Development*, 88, 1615–1628. <https://doi.org/10.1111/cdev.12723>
- Saunders, M.S., *When best friends abandon your middle schooler: ADHD. Self-Esteem & Social Coaching*. <https://www.additudemag.com/middle-school-self-esteem-adhd-tween/>, dostęp: 17.09.2021.
- Schachar, R., Mota, V.L., Logan, G., Tannock, R., Klim, P. (2000). Confirmation of an inhibitory control deficit in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 227–235. <https://doi.org/10.1023/A:1005140103162>
- Schoemaker, K., Bunte, T., Andrews Espy, K., Deković, M., Matthys, W. (2014). Executive functions in preschool children with ADHD and DBD: An 18-month longitudinal study. *Developmental Neuropsychology*, 39(4), 302–315. <https://doi.org/10.1080/87565641.2014.911875>
- Sciberras, E., Ohan, J., Anderson, V. (2012). Bullying and peer victimisation in adolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Psychiatry and Human Development*, 43, 254–270. <https://doi.org/10.1007/s10578-011-0264-z>
- Sciotto, M.J., Nolfi, C.J., Bluhm, C. (2004). Effects of child gender and symptom type on referrals for ADHD by elementary school teachers. *Journal of Emotional and Behavioral Disorder*, 12, 247–253. <https://doi.org/10.1177/10634266040120040501>
- Seidman, L.J., Biederman, J., Monuteaux, M.C., Valera, E., Doyle, A.E., Faraone, S.V. (2005). Impact of gender and age on executive functioning: Do girls and boys with and without attention deficit hyperactivity disorder differ neuropsychologically in preteen and teenage years?. *Developmental Psychology*, 27, 79–105. [https://doi.org/10.1207/s15326942dn2701\\_4](https://doi.org/10.1207/s15326942dn2701_4)
- Shalev, L., Tsal, L., Mevorach, Y.C. (2007). Computerized Progressive Attentional Training (CPAT) Program: Effective direct intervention for children with ADHD. *Child Neuropsychology*, 13, 382–389. <http://doi.org/10.1080/09297040600770787>

- Shaw, G.A., Giambra, L.M. (1993). Task-unrelated thoughts of college students diagnosed as hyperactive in childhood. *Developmental Neuropsychology*, 9, 17–30. <https://doi.org/10.1080/87565649309540541>
- Shaw, M., Hodgkins, P., Caci, H., Young, S., Kahle, J., Woods, A.G., Arnold, L.E. (2012). A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: Effects of treatment and non-treatment. *BMC Medicine*, 10(99). <https://doi.org/10.1186/1741-7015-10-99>
- Shaw, P., Eckstrand, K., Sharp, W., Blumenthal, J., Lerch, J.P., Greenstein, D., Clasen, L., Evans, A., Giedd, J., Rapoport, J.L. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 104(49), 19649–19654. <https://doi.org/10.1073/pnas.0707741104>
- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., Leibenluft, E. (2014). Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 171(3), 276–293. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070966>
- Shreeram, S., He, J.P., Kalaydjian, A., Brothers, S., Merikangas, K.R. (2009). Prevalence of enuresis and its association with attention-deficit/hyperactivity disorder among U.S. children: Results from a nationally representative study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(1), 35–41. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e318190045c>
- Sibley, M.H., Graziano, P.A., Ortiz, M., Rodriguez, L., Coxe, S. (2019). Academic impairment among high school students with ADHD: The role of motivation and goal-directed executive functions. *Journal of School Psychology*, 77, 67–76. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2019.10.005>
- Sibley, M.H., Pelham, W.E., Molina, B., Coxe, S., Kipp, H., Gnagy, E.M., Meinzer, M., Ross, J.M., Lahey, B.B. (2014). The role of early childhood ADHD and subsequent CD in the initiation and escalation of adolescent cigarette, alcohol, and marijuana use. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(2), 362–374. <https://doi.org/10.1037/a0036585>
- Sigler, E., *ADHD looks different in women. Here's how – and why.* <https://www.additudemag.com/add-in-women/>, dostęp: 1.08.2021.
- Simon, V., Czobor, P., Bálint, S., Mészáros, A., Bitter, I. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 194(3), 204–211. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.048827>
- Sims, D.M., Lonigan, Ch.J. (2013). Inattention, hyperactivity, and emergent literacy: Different facets of inattention relate uniquely to preschoolers' reading-related skills. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42(2), 208–219. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.738453>
- Sklar, M., *Bridging executive function gaps in middle school: ADHD strategies for distance learning.* <https://www.additudemag.com/executive-functions-distance-learning-middle-school-adhd/>, dostęp: 6.04.2021.
- Skogli, E.W., Teicher, M.H., Andersen, P.N., Hovik, K.T., Øie, M. (2013). ADHD in girls and boys-gender differences in co-existing symptoms and executive function measures. *BMC Psychiatry*, 13(298). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-298>

- Smith, B., Molina, B., Pelham, W. (2002). The clinically meaningful link between alcohol use disorder and attention-deficit hyperactivity deficit disorder. *Alcohol Research and Health*, 26(2), 122–129. <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh26-2/122-129.pdf>
- Smith, P.K., Slonje, R. (2010). Cyberbullying: The nature and extent of a new kind of bullying, in and out of school. W: S. Jimerson, S. Swearer, D. Espelage (red.), *Handbook of bullying in schools. An international perspective* (s. 249–262). New York: Routledge.
- Srebnicki, T., Bryńska, A. (2016). Zastosowanie komputerowych technologii wspomagających (CAT) w rehabilitacji funkcji poznawczych w zaburzeniach psychicznych wieku rozwojowego. *Psychiatria Polska*, 50(3), 585–596. <http://doi.org/10.12740/PP/59324>
- Steinberg, E.A., Drabick, D.A. (2015). A developmental psychopathology perspective on ADHD and comorbid conditions: The role of emotion regulation. *Child Psychiatry and Human Development*, 46(6), 951–966. <https://doi.org/10.1007/s10578-015-0534-2>
- Stephens, R.L., Elsayed, H.E., Reznick, J.S., Crais, E.R., Watson, L.R. (2020). Infant attentional behaviors are associated with ADHD symptomatology and executive function in early childhood. *Journal of Attention Disorders*, 25(13), 1908–1918. <https://doi.org/10.1177/1087054720945019>
- Stephenson, J., Carter, M. (2009). The use of weighted vests with children with autism spectrum disorders and other disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(1), 105–114. <https://doi.org/10.1007/s10803-008-0605-3>
- Stevens, L., *Do you think your daughter has an eating disorder?*. <https://www.additudemag.com/bulimia-adhd-symptoms-teenagers-girls/>, dostęp: 26.04.2021.
- Stres wśród dzieci i młodzieży – skala zjawiska w województwie podlaskim.* (2011). Białystok: Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Białymstoku. Obserwatorium Integracji Społecznej.
- Subcommittee on attention-deficit/hyperactivity disorder, steering committee on quality improvement and management. (2011). *Pediatrics*, 128(5), 1007–1022. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2654>
- Swanson, E.N., Owens, E.B., Hinshaw, S.P. (2014). Pathways to self-harmful behaviors in young women with and without ADHD: A longitudinal examination of mediating factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(5), 505–515. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12193>
- Swanson, J.M., *The SNAP-IV Teacher and Parent Rating Scale: 90 item.* SNAP-IV Form. <http://www.shared-care.ca>, dostęp: 6.08.2021.
- Szada-Borzyszkowska, J. (2010). Dziecko z ADHD wyzwaniem dla nauczycieli i rodziców. W: E. Jaszczyszyn, J. Szada-Borzyszkowska (red.), *Edukacja dziecka – mity i fakty*. Białystok: Trans Humana Wydawnictwo Uniwersyteckie.
- Szaniawska, M. (2010). Trudna diagnoza – dylematy rzetelnej oceny ADHD u dorosłych pacjentów. Cz. II: Proces diagnozy i diagnoza różnicowa. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 10(3), 213–215.
- Taylor, M.J., Lichtenstein, P., Larsson, H., Anckarsäter, H., Greven, C.U., Ronald, A. (2016). Is there a female protective effect against attention-deficit/hyperactivity disorder?

- Evidence from two representative twin samples. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(6), 504–512. e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.04.004>
- The Vanderbilt ADHD Rating Scales. [https://www.nichq.org/sites/default/files/resource-file/NICHQ\\_Vanderbilt\\_Assessment\\_Scales.pdf](https://www.nichq.org/sites/default/files/resource-file/NICHQ_Vanderbilt_Assessment_Scales.pdf), dostep: 6.08.2021.
- Theule, J., Wiener, J., Rogers, M., Marton, I. (2011). Predicting parenting stress in families of children with ADHD: Parent and contextual factors. *Journal of Child and Family Studies*, 20(5), 640–647. <https://doi.org/10.1007/s10826-010-9439-7>
- Theule, J., Wiener, J., Tannock, R., Jenkins, J.M. (2013). Parenting stress in families of children with ADHD: A meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 21(1), 3–17. <https://doi.org/10.1177/1063426610387433>
- Tripp, G., Wickens, J.R. (2008). Research review: Dopamine transfer deficit: A neurobiological theory of altered reinforcement mechanisms in ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 49(7), 691–704. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01851.x>
- Tripp, G., Wickens, J.R. (2009). Neurobiology of ADHD. *Neuropharmacology*, 57(7–8), 579–589. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2009.07.026>
- Turgay, A., Goodman, D.W., Asherson, P., Lasser, R.A., Babcock, T.F., Pucci, M.L., Barkley, R. (2012). ADHD Transition Phase Model Working Group, lifespan persistence of ADHD: The life transition model and its application. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 73(2), 192–201. <https://doi.org/10.4088/JCP.10m06628>
- Usami, M. (2016). Functional consequences of attention-deficit hyperactivity disorder on children and their families. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 70(8), 303–317. <https://doi.org/10.1111/pcn.12393>
- Ustun, B., Adler, L.A., Rudin, C., Faraone, S.V., Spencer, T.J., Berglund, P., Gruber, M.J., Kessler, R.C. (2017). The World Health Organization adult attention-deficit/hyperactivity disorder self-report screening scale for DSM-5. *JAMA Psychiatry*, 74(5), 520–527. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0298>
- Vahia, V.N. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5: A quick glance. *Indian Journal of Psychiatry*, 55(3), 220–223. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.117131>
- Valera, E.M., Faraone, S.V., Murray, K.E., Seidman, L.J. (2007). Meta-analysis of structural imaging findings in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 61(12), 1361–1369. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.06.011>
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Simpson, W., Patterson, B. (2011). Adult attention deficit hyperactivity disorder in an anxiety disorders population. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 17(4), 221–226. <https://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2010.00148>
- Van Hecke, A.V., Mundy, P., Block, J.J., Delgado, Ch.E.F., Parlade, M.V., Pomares, Y.B., Hobson, J.A. (2012). Infant responding to joint attention, executive processes, and self-regulation in preschool children. *Infant Behavior and Development*, 35(2), 303–311. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2011.12.001>

- van Rensburg, R., Meyer, H.P., Hitchcock, S.A., Schuler, C.E. (2018). Screening for adult ADHD in patients with fibromyalgia syndrome. *Pain Medicine*, 19(9), 1825–1831. <https://doi.org/10.1093/pm/pnx275>
- Veenman, B., Luman, M., Hoeksma, J., Pieterse, K., Oosterlaan, J. (2019). A randomized effectiveness trial of a behavioral teacher program targeting ADHD symptoms. *Journal of Attention Disorders*, 23(3), 293–304. <https://doi.org/10.1177/1087054716658124>
- Waldrop, M.F., Bell, R.Q., McLaughlin, B., Halverson, C.F., Jr (1978). Newborn minor physical anomalies predict short attention span, peer aggression, and impulsivity at age 3. *Science*, 199(4328), 563–565. <https://doi.org/10.1126/science.622559>
- Wang, B., Yao, N., Zhou, X., Liu, J., Lv, Z. (2017). The association between attention deficit/hyperactivity disorder and internet addiction: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 17, 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1408-x>
- Watson, L., Baranek, G., Crais, E., Reznick, J., Dykstra Steinbrenner, J., Perryman, T. (2007). The First Year Inventory: Retrospective parent responses to a questionnaire designed to identify one-year-olds at risk for autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 49–61. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0334-4>
- Wexelblatt, R., *What parents misunderstand about executive function*. <https://www.additudemag.com/executive-function-adhd-kids-lagging-skills/>, dostęp: 6.04.2021.
- What is oppositional defiant disorder (ODD)?*. <https://www.additudemag.com/what-is-oppositional-defiant-disorder/>, dostęp: 8.05.2021.
- When focus is fleeting – and painful*. <https://www.additudemag.com/short-attention-span-focus-tricks-for-students-with-adhd/>, dostęp: 30.04.2021.
- Wiącek, R. (2004). *Dzieci nadpobudliwe psychoruchowo w wieku przedszkolnym – program terapii i wspomaganie rozwoju oraz scenariusze zajęć*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Willcutt, E.G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, 9(3), 490–499. <https://doi.org/10.1007/s13311-012-0135-8>
- Willcutt, E.G., Doyle, A.E., Nigg, J.T., Faraone, S.V., Pennington, B.F. (2005). Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Biological Psychiatry*, 57, 1336–1346. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.02.006>
- Willcutt, E.G., Pennington, B.F., Olson, R.K., DeFries, J.C. (2007). Understanding comorbidity: A twin study of reading disability and attention-deficit/hyperactivity disorder. *American Journal of Medical Genetics*, 144B(6), 709–714. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.30310>
- Williams, P., *What are the 3 types of ADHD?*. <https://www.additudemag.com/3-types-of-adhd/>, dostęp: 4.07.2021.
- Witeska-Młynarczyk, A. (2019). *Dziecięce doświadczenia ADHD. Etnografia spornej jednostki diagnostycznej*. Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Wolraich, M.L., Lambert, W., Doffing, M.A., Bickman, L., Simmons, T., Worley, K. (2003). Psychometric properties of the Vanderbilt ADHD diagnostic parent rating scale in



- a referred population. *Journal of Pediatric Psychology*, 28(8), 559–567. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsg046>
- Wysocka, E. (2013). *Diagnostyka pedagogiczna. Nowe obszary i rozwiązania*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Yen, J.Y., Ko, C.H., Yen, C.F., Wu, H.Y., Yang, M.J. (2007). The comorbid psychiatric symptoms of Internet addiction: Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD), depression, social phobia, and hostility. *Journal of Adolescent Health*, 41, 93–98.
- Young, S., Adamo, N., Ásgeirsdóttir, B.B., Branney, P., Beckett, M., Colley, W., Cubbin, S., Deeley, Q., Farrag, E., Gudjonsson, G., Hill, P., Hollingdale, J., Kilic, O., Lloyd, T., Mason, P., Paliokosta, E., Perecherla, S., Sedgwick, J., Skirrow, C., Tierney, K., van Rensburg, K., Woodhouse, E. (2020). Females with ADHD: An expert consensus statement taking a lifespan approach providing guidance for the identification and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women. *BMC Psychiatry*, 20(1), 404. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02707-9>
- Young, S., Chadwick, O., Heptinstall, E., Taylor, E., Sonuga-Barke, E.J. (2005). The adolescent outcome of hyperactive girls. Self-reported interpersonal relationships and coping mechanisms. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14(5), 245–253. <https://doi.org/10.1007/s00787-005-0461-z>
- Young, S., Heptinstall, E., Sonuga-Barke, E.J.S., Chadwick, O., Taylor, E. (2005). The adolescent outcome of hyperactive girls: Self-report of psychosocial status. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 255–262. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00350.x>
- Young, S., *Rate and Rate C Scales, ACE*. <https://www.psychology-services.uk.com/adhd.htm>, dostęp: 23.04.2021.
- Zach, S., Kenny, L.H., Randall, W.E. (2012). Cogmed working memory training: Does the evidence support the claims?. *Journal of Applied Research in Memory and Cognition*, 1, 185–193. <https://doi.org/10.1016/j.jarmac.2012.06.003>
- Zalecki, C.A., Hinshaw, S.P. (2004). Overt and relational aggression in girls with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 33(1), 125–137. [https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3301\\_12](https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3301_12)
- Zametkin, A.J., Nordahl, T.E., Gross, M., King, A.C., Semple, W.E., Rumsey, J., Hamburger, S., Cohen, R.M. (1990). Cerebral glucose metabolism in adults with hyperactivity of childhood onset. *The New England Journal of Medicine*, 323, 1361–1366. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199011153232001>
- Zentall, S.S., Falkenberg, S.D., Smith, L.B. (1985). Effects of color stimulation and information on the copying performance of attention-problem adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13(4), 501–511. <https://doi.org/10.1007/BF00923137>
- Żarowski, M., Seinborn, B. (2012). Zaburzenia snu u dzieci z samoistnymi bólami głowy. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 8(1), 25–31.

Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej

Wydanie pierwsze, I dodruk

Arkuszy drukarskich: 9

Skład i łamanie: AnnGraf Anna Szelağ

Druk ukończono w grudniu 2021

Druk i oprawa: Fabryka Druku



(...) książka stanowi, przede wszystkim, niezwykle kompetentne studium teoretyczne problematyki ADHD w ujęciu ogólnym oraz sprofilowanym na perspektywę dziewczynek i, szerzej, kobiet. Autorka wykazała się tutaj zarówno znajomością współczesnych badań z tego zakresu, jak i w sposób przemyślany przedstawiła ich wyniki na tle obowiązujących teorii z zakresu pedagogiki i psychologii rozwoju człowieka, a także utrzymała spójną narrację tej części książki. Na szczególną uwagę zasługuje część, w której dr Natalia Bednarska pozwala w pełni zrozumieć rzeczywistą sytuację dziewczynek cierpiących na ADHD, niezrozumianych przez specjalistów w źle pojęty sposób sprofilowanych zawodowo, piętnowanych przez rówieśników za odstające od społecznie podzielanej normy zachowania, pozostawionych często samym sobie, z poczuciem inności i, co najgorsze, niższości.

**dr hab. Michał Kwiatkowski, prof. APS**

Autorka prezentuje najnowszą wiedzę dotyczącą problemów dziewczynek zmagających się z ADHD. (...) Po raz pierwszy w polskiej literaturze pojawiają się rzetelnie opracowane doniesienia na temat tego zaburzenia u dziewcząt i kobiet. (...) Odbiorcami tekstu będą zapewne specjaliści zajmujący się na co dzień edukacją, terapią i wspomaganiami rozwoju dzieci zmagających się z ADHD (szczególnie dziewcząt). Do grona odbiorców zaliczam także nauczycieli akademickich, którzy wiedzę w nim zawartą mogą wykorzystać w czasie zajęć dotyczących zaburzeń rozwojowych, a także organizacji procesu uczenia się dzieci. Do potencjalnych odbiorców należą również studenci i rodzice dzieci z ADHD, a także osoby dorosłe zmagające się z tym zaburzeniem.

**dr Anna Mikler-Chwastek**

ISBN 978-83-66879-47-8



9 788366 879478

100

**Akademia Pedagogiki Specjalnej**  
im. Marii Grzegorzewskiej  
1922–2022