

CHARAKTERYSTYKA DZIECKA Z ADHD

Nadpobudliwość psychoruchowa rozumiana medycznie, oznacza zespół nadpobudliwości psychoruchowej, czyli zespół hiperkinetyczny, będący schorzeniem, mającym charakterystyczne objawy i wymagającym odpowiedniego leczenia.

Według systemu klasyfikacyjnego Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA, DSM-IV) podstawowymi objawami nadpobudliwości są: deficyt uwagi, impulsywność oraz nadmierna aktywność ruchowa nazywana nadruchliwością. W DSM-IV przyjmuje się następujące kryteria diagnostyczne zespołu ADHD:

A.

Może wystąpić zespół objawów wymienionych albo w punkcie 1 albo 2:

1. Sześć lub więcej z podanych poniżej symptomów zaburzeń koncentracji uwagi występowało przez okres co najmniej sześciu miesięcy w stopniu utrudniającym adaptację bądź w stopniu niewspółmiernym do jego rozwoju.

Zaburzenia koncentracji uwagi

- [Dziecko] nie jest w stanie skoncentrować się na szczegółach podczas zajęć szkolnych, pracy lub w czasie wykonywania innych czynności. Popelnia błędy wynikające z niedbałości.
- Często ma trudności z utrzymaniem uwagi na zadaniach i grach.
- Często wydaje się nie słuchać tego, co się do niego mówi.
- Często nie stosuje się do podawanych kolejno instrukcji i ma kłopoty z dokończeniem zadań szkolnych i wypełnianiem codziennych obowiązków, jednak nie z powodu przeciwstawiania się lub niezrozumienia instrukcji.
- Często ma trudności ze zorganizowaniem sobie pracy lub innych zajęć.
- Nie lubi, ociąga się lub unika rozpoczęcia zajęć wymagających dłuższego wysiłku umysłowego, takich jak nauka szkolna czy odrabianie zajęć domowych.
- Często gubi rzeczy niezbędne do pracy lub innych zajęć, np. zabawki, przybory szkolne, ołówki, książki, narzędzia.
- Łatwo rozprasza się pod wpływem zewnętrznych bodźców.
- Często zapomina o różnych codziennych sprawach.

2. Sześć lub więcej z podanych poniżej objawów nadruchliwości i impulsywności (nadpobudliwości psychoruchowej) musi się utrzymywać przez przynajmniej 6 miesięcy w stopniu utrudniającym adaptację dziecka bądź w stopniu niewspółmiernym do jego rozwoju.

Nadruchliwość

- [Dziecko] ma często nerwowe ruchy rąk lub stóp bądź nie jest w stanie usiedzieć w miejscu.
- Wstaje z miejsca w czasie lekcji lub w innych sytuacjach wymagających spokojnego siedzenia.
- Często chodzi po pomieszczeniu lub wspina się na meble w sytuacjach, gdy jest to zachowanie niewłaściwe – w szkole, w pracy, w domu.
- Często ma trudności ze spokojnym bawieniem się lub odpoczywaniem.
- Często jest w ruchu; „biega jak nakręcone”.
- Często jest nadmiernie gadatliwe.

Impulsywność

- Często wrywa się z odpowiedzią, zanim pytanie zostanie w całości sformułowane.
- Często ma kłopoty z zaczekaniem na swoją kolej.
- Często przerywa lub przeszkadza innym (np. wtrąca się do rozmowy lub zabawy).

B.

Niektóre upośledzające funkcjonowanie dziecka objawy zaburzeń koncentracji uwagi lub nadpobudliwości psychoruchowej (nadruchliwości, impulsywności) ujawniły się przed 7. rokiem życia dziecka.

C.

Upośledzenie funkcjonowania dziecka spowodowane tymi objawami występuje w dwóch lub więcej sytuacjach (np. w szkole i w domu).

D.

Stwierdza się klinicznie istotne upośledzenie funkcjonowania społecznego, zawodowego lub szkolnego (w zakresie edukacji).

E.

Objawy u dziecka nie występują w przebiegu przetrwałych zaburzeń rozwojowych, schizofrenii lub innych psychoz i nie można ich trafniej uznać za objawy innego zaburzenia psychicznego (np. zaburzeń nastroju, lękowych, dysocjacyjnych lub nieprawidłowej osobowości).

W zachowaniu nadpobudliwych dzieci występują zatem trzy główne symptomy. Pierwszy z nich to *zaburzenia uwagi*. Wówczas dzieci mają trudności z:

- koncentrowaniem się na postrzeganiu tylko określonych bodźców i ignorowaniu innych;
- odróżnianiem rzeczy ważnych od tych mniej ważnych;
- skierowaniem uwagi przez jakiś czas na ten sam bodziec;
- czekaniem na określony sygnał, aby mogło stać się aktywne.

Cechuje je tzw. „otwartość na bodźce”. Dziecko rejestruje bardzo dużą ilość bodźców, wszystko słyszy i widzi. Gdy uwaga dziecka zostaje odwrócona od zadania, konieczny jest zawsze duży wysiłek, aby ponownie skupić się na zajęciu. Zaburzenia uwagi występują we wzmożonym stopniu szczególnie wtedy, gdy nadpobudliwe dziecko musi skupić się na zadaniach, które narzucone mu zostały przez inne osoby.

Kolejnym symptomem jest *impulsywność* oraz *hiperkineza*. Impulsywne dzieci kierują się chwilowym bodźcem, nie zastanawiając się czy zachowanie w danej sytuacji jest odpowiednie czy nie. Rozpoznają zbyt mało niebezpieczeństw. Doświadczają tzw. „zaburzeń w sterowaniu bodźcami”. Takie dzieci radzą sobie tylko z krótkimi sekwencjami działania, ponieważ ich uwaga znowu zostaje odwrócona, na co impulsywnie reagują. Skutkuje to trudnościami w wykształceniu rutyny dnia codziennego, przeszkadza dzieciom w dokonaniu porównania między właściwym celem, a dokonanymi błędami. Nauka jest w zbyt małym stopniu samodzielnie kontrolowana. Charakterystyczne cechy tych ruchów tych dzieci:

- ruchy wielokrotnie wykonywane są zbyt szybko;
- widać wyraźne zamięłowanie do zamaszystych ruchów;
- z tego powodu cierpi sterowanie drobnymi, stopniowymi ruchami;
- wykorzystywana jest zbyt duża ilość energii;
- przebieg poszczególnych ruchów nie zostaje dokładnie zaplanowany.

U dzieci nadruchliwych poziom aktywności jest za wysoki. Odczuwają silną potrzebę ruchu. Jeśli dodatkowo oddziałuje na nie potok nowych, interesujących bodźców poziom napięcia dodatkowo wzrasta i może dojść do wybuchu złości.

Ostatnim symptomem jest *labilność emocjonalna*. Dziecku bowiem nie udaje się nie tylko odpowiednie sterowanie swoją uwagą, impulsywnością oraz napięciem, ale również swoimi reakcjami emocjonalnymi.

Obrazów nadpobudliwości jest dokładnie tyle ile dzieci z ADHD. Dla celów klasyfikacyjnych, na podstawie powyższych kryteriów diagnostycznych wyróżniono trzy podtypy ADHD:

1. Podtyp z przewagą zaburzeń koncentracji uwagi (określany jako ADD).

Dzieci należące do tego podtypu, są dość spokojne, nie są w ciągłym ruchu, nie zrywają się bez powodu z miejsca. Spokojnie siedzą w ławce, przy biurku, nie wzbudzają swoim zachowaniem niepokoju rodziców czy nauczycieli. Ich główną cechą stanowi silny brak koncentracji uwagi. Nie potrafią skupić się na tym, co do nich mówi np. nauczycielka, czy rodzice. Są niezorganizowane. Zapominają o codziennych czynnościach. Nagle zamyślają się, przerywają czynności w połowie ich wykonywania. Zapominają, o czym przed chwilą rozmawiali. Nie potrafią śledzić wątku rozmowy towarzyskiej, a ich wypowiedzi są często niepowiązane z tematem, na który toczy się rozmowa. Bywa, że obdarzone są bujną wyobraźnią

i zdecydowanie dłużej przebywają w świecie baśni i bajek. Nie mogą skupić się nad odrabianymi lekcjami - interesuje je wszystko, co dzieje się dookoła. Często potrafią dość długo się koncentrować, gdy podstawą wykonywania czynności jest motywacja (budowa klocków, program w telewizji, gra komputerowa), jednak prawie w ogóle nie potrafią utrzymać swoje uwagi siłą woli (np. rozwiązując zadanie z matematyki czy ubierając się rano). Bardzo łatwo się rozpraszają, np. pod wpływem dochodzących dźwięków, intensywnych kolorów bądź ruchów w otoczeniu, a nawet pod wpływem bodźców płynących z ich własnego ciała (zimno, drapiąca metka od koszuli, burczenie w brzuchu). Nie potrafią także pomijać nieistotnych szczegółów i skupić się na jednym wątku. Są często określane przez nauczycieli i rodziców jako mniej zdolne, nieradzące sobie z nauką. Nie przepisują dokładnie z tablicy, na klasówkach popełniają prozaiczne błędy, wynikające z nieuwagi i rozkojarzenia nie zaś z niewiedzy czy niskiej inteligencji. Źle przepisują cyfry lub znaki działań matematycznych, nie potrafią rozwiązać zadania, ponieważ nie są w stanie przeczytać go do końca. To wszystko uniemożliwia im optymalne wykorzystanie własnych potencjalnych możliwości. Karierę szkolną kończą zbyt wcześnie lub z gorszymi wynikami. Na ogół nie są uważane ze dzieci nadpobudliwe, ponieważ nie sprawiają kłopotów wychowawczych, nie przeszkadzają na lekcjach, są posłuszne i nie wpadają w kłopoty.

Najczęściej pojawiające się problemy związane z podtypem ADHD z dominującym brakiem koncentracji uwagi:

- w szkole
 - marzyciel, - nie kończy zadań, - zapomina, - nie zwraca uwagi na szczegóły, - robi wrażenie zmęczonego, - zagubione, - niezorganizowane, - wciąż coś gubi, - bałagan na biurku, - kiepskie wyniki w nauce, - wymaga ścisłego nadzoru w trakcie pracy, - może mieć trudności z nauką, - ogromne problemy ze skupieniem uwagi, - łatwo się rozprasza pod wpływem bodźców zewnętrznych i wewnętrznych;
- w domu
 - niekończenie zadań, - niewywiązywanie się z obowiązków domowych, - wymaga nieustannego przypominania, - bałaganiarz, - niezorganizowane, - wciąż coś gubi, - roztrzępane, - robi wrażenie nieobecnego;
- z rówieśnikami
 - nieobecne, - ciche, - ignorowane przez rówieśników, - społecznie niedojrzałe.

2. Podtyp z przewagą nadpobudliwości psychoruchowej.

Pierwsze objawy nadmiernej ruchliwości widoczne są już w okresie niemowlęcym. Często dzieci te uczą się bardzo szybko chodzić z pominięciem etapu raczkowania. Są to dzieci tzw. "żywe srebra", muszą być w ciągłym ruchu, biegu. Bieg i ruch to ich żywioł, są w tym niezadowolone, sprawiają wrażenie, że nigdy się nie męczą. Oglądają telewizję skacząc po wersalce i zmieniając bez przerwy kanały. Najprzyjemniejszą dla nich rozrywką jest wszystko, co kojarzy się z ruchem i szybkością. Każda czynność wykonywana jest z udziałem zdecydowanie większej ilości mięśni, a co za tym idzie ruchów, niż u przeciętnego dziecka, dlatego często zdarza się tym dzieciom coś zrzucić, rozlać, połamać, zniszczyć, podrzeć. Bez przerwy czegoś dotykają, czymś kręcą, coś skubią. Dzieci te wcześnie wstają i ostatnie kładą się spać. Mają kłopoty z zasypianiem. Odpowiednio zachęcane, zmotywowane potrafią jednak skupić się na dłużej, odrobić dokładnie i do końca lekcje. Ich uwagę można zająć interesującą zabawą lub nowym, ciekawym miejscem. Nie mają większych kłopotów z przyswajaniem materiału, jednak szybko się nudzą. Wstają bez pytania z ławki, chodzą po klasie. Mimo ciągłego przemieszczania się orientują się w tym, co się do nich mówi, udzielają prawidłowych odpowiedzi, często na pytania, które nie były do skierowane nich. Często popadają w konflikty, ponieważ trudno jest im kontrolować swoje impulsywne zachowania. Chcą mieć wszystko teraz, tu, natychmiast. Problem z nadruchliwością występuje nie tylko w domu i w szkole, ale praktycznie w każdym miejscu, w którym dziecko się pojawia. Zwłaszcza w miejscach głośniejszych, kolorowych i ruchliwych. Objawy charakterystyczne dla tego podtypu zdradza około połowy dzieci w wieku przedszkolnym lub w pierwszej klasie. Badacze sądzą, że wiele z nich zacznie przejawiać oznaki braku koncentracji uwagi, gdy zetkną się z zajęciami

szkolnymi wymagającymi skupienia i pracy przy biurku. Oznacza to, że w miarę dorastania dzieci te zaczną spełniać kryteria podtypu mieszanego ADHD.

3. Podtyp mieszany.

Stanowi on „klasyczną” odmianę ADHD. U dziecka występują zarówno nasilone objawy niepokoju ruchowego, słaba kontrola impulsów oraz objawy zaburzeń koncentracji uwagi. Dzieciom z pełnym obrazem ADHD jest najtrudniej radzić sobie w życiu. Nie potrafią się na niczym skupić, nie radzą sobie z uważaniem, pamiętaniem, jak i spokojnym pozostawaniem w miejscu. Jest to najczęściej występujący typ ADHD, przy czym częściej występuje u chłopców.

Dzieci te cały czas biegają, nie potrafią zatrzymać się ani na chwilę. Wszystko przyciąga ich uwagę. Łatwiej jest im rozpocząć nowe czynności niż dokończyć już rozpoczęte. Szybko się nudzą oraz nużą. Rozpraszają się zwłaszcza przy wykonywaniu zadań indywidualnych, polegających na wielokrotnym powtarzaniu nieinteresujących czynności. Nawet, gdy uważają często skupiają uwagę na niewłaściwej lub nieistotnej informacji. Często przeszkadzają, odzywają się bez przyzwolenia, nie potrafią zachować ciszy. Mają trudności z poczekaniem na swoją kolej, nie rozumieją bardziej skomplikowanych instrukcji. Robią dużo zamieszania wokół siebie. Nie są w stanie wykonać skomplikowanych poleceń, niekiedy nawet dwóch podanych jednocześnie. Gubią się w hałasie, nie potrafią zorganizować sobie pracy. Często mają trudności w kontaktach z kolegami, gdyż nie potrafią się dostatecznie skupić, aby rozpoznać i właściwie zinterpretować sygnały płynące od rówieśników. Popadają w konflikty z rówieśnikami i dorosłymi. Mają trudności z kontrolowaniem swoich emocji i często „wybuchają”. Znaczny odsetek stanowią „ryzykanci”, którzy lekceważą obowiązujące reguły, zwłaszcza w sytuacjach, gdy reguły te uniemożliwiają zaspokojenie ich chwilowych potrzeb. Zadania wykonują zazwyczaj w wielkim pośpiechu w ostatniej chwili. Z wiekiem zaczynają mniej biegać, za to wykonywać więcej drobnych ruchów rękoma. Coraz bardziej ujawniają się zaburzenia koncentracji uwagi, natomiast dotychczasowa ruchliwość wydaje się zmniejszać. Dzieci te są aktywne i lubią się bawić, lecz nie wiedzą, kiedy należy przestać. Większość z nich staje się w przyszłości agresywne, stwarzają problemy wychowawcze. Powtarzające się, w miarę dorastania, niepowodzenia w nawiązywaniu kontaktów rówieśniczych oraz słabe oceny często rzutują u wielu z tych dzieci na poczucie własnej wartości.

Najczęściej pojawiające się problemy związane z podtypem mieszanym ADHD:

- w szkole
 - nadmierna aktywność, - nie potrafi zachować ciszy, - gadatliwość, - wyrywanie się do odpowiedzi bez podnoszenia ręki, - niecierpliwość, - nie może rozpocząć pracy, - ukończona praca jest niezadowolająca, - klasowy błazen, - domaga się uwagi rówieśników, - nie akceptuje konsekwencji swoich działań, - łatwo się zniechęca, - nie przestrzega reguł, - hałaśliwość, - przeszkadza, - domaga się natychmiastowej gratyfikacji, - trudności z kontynuowaniem nieinteresujących czynności;
- w domu
 - nie słucha, - zadania domowe wykonuje pośpiesznie lub ich nie kończy, - wtrąca się do rozmów, - nie odkłada przedmiotów na właściwe miejsce, - wpada w złość, gdy jego potrzeby nie zostaną szybko zaspokojone, - zapomina o obowiązkach, - marudzi rano, - nie znosi oczekiwania, - najpierw działa, potem myśli, - lekkomyślność;
- z rówieśnikami
 - stosowanie siły fizycznej, - skłonność do dotykania, - wtrącanie się, - łatwo się zniechęca, - skłonność do rozkazywania i kierowania, - upór, - nie dostrzega sygnałów społecznych, - brak wrażliwości, nie potrafi wczuć się w sytuację drugiej strony, - nie umie ignorować prowokacji, - często domaga się zmiany aktywności, - często odrzucane przez rówieśników.

U dzieci z ADHD obserwujemy różne objawy, będące efektem dysfunkcji procesów poznawczych, ruchowych i emocjonalnych. Ich specyfika w istotny sposób modyfikuje przebieg procesu terapii.

Sfera ruchowa

Dzieci nadpobudliwe ruchowo cechuje stały niepokój ruchowy oraz występowanie nawyków ruchowych. Niepokój ruchowy pojawia się w sytuacji, w której dziecko musi pozostać w jednej pozycji przez dłuższy czas, manifestuje się również wykonywaniem przed dzieckiem różnych, zbędnych ruchów. Nawyki ruchowe to różnego rodzaju przymusowe działania i czynności, z wykonywania których dziecko nie zdaje sobie sprawy. Główne zalecenia związane z planowaniem terapii pedagogicznej w takich przypadkach to:

- stosowanie metod umożliwiających dziecku częstą zmianę pozycji ciała i przemieszczanie się;
- wprowadzanie w pracy częstych przerw z aktywnością ruchową, szczególnie wówczas, jeśli charakter pracy nie pozwalał dziecku na zmianę pozycji ciała;
- systematyczne podejmowanie działań strukturalizujących każdą aktywność ruchową dziecka, np. poprzez wprowadzanie działań posiadających sztywną strukturę;
- preferowanie aktywności ruchowej, w której osoby współuczestniczące w procesie mogą „wpływać” na poziom owej aktywności dziecka z ADHD tj. zabawa w zaprzęgi, pociągi, węże itp.;
- zalecane metody pracy to:
 - terapia zabawą, metody aktywizujące, metoda ruchu rozwijającego W. Sherborne, zabawy z wykorzystaniem rekwizytów, muzykoterapia, arteterapia, kinezyterapia, choreoterapia, integracja sensoryczna, metody relaksacyjne, wizualizacja, ekspresji ruchowej i aktywności zabawowej Kniessów; werbalnej samoinstrukcji.

Sfera poznawcza

Nadpobudliwość poznawcza, której najbardziej charakterystyczną cechą są zaburzenia uwagi obserwowane najczęściej w postaci problemów z jej koncentracją, brakiem selektywności, dużą przeczutnością i krótkotrwałością, w połączeniu ze wzmożoną aktywnością ruchową, leżą u podstaw istotnie niższej efektywności w działaniu poznawczym. Główne wskazania do sposobów terapii pedagogicznej powinny dotyczyć działań korygujących wszystkie omawiane aspekty zaburzeń uwagi. Są to:

- stosowanie wybranych zabaw i ćwiczeń zawierających elementy niespodzianki, wymagające przytrzymywania rekwizytów, utrzymywania równowagi, praktyki statycznej i dynamicznej;
- prowadzenie modyfikacji dwóch obszarze selektywności w dwóch etapach:
 - zapoznanie dziecka z sygnałami przekazywanymi przez otoczenie wraz ze wskazówkami informującymi, które z sygnałów są ważne, istotne, lub odwrotnie – mało istotne i zakłócające;
 - kształtowanie właściwej reakcji ucznia na sygnały poprzez włączanie ich w proces dydaktyczny i nagradzanie ucznia za właściwe zachowanie;
- zmniejszanie przeczutności uwagi poprzez modyfikację zewnętrznego otoczenia dziecka i dostarczanie prawidłowych wzorców organizacji przestrzeni, np. miejsce pracy zawiera tylko te przedmioty, które są niezbędne do podejmowanej w danej chwili aktywności;
- zalecane metody pracy z uczniem:
 - kinezylogia edukacyjna, metoda dobrego startu, metody aktywizujące (burza mózgów, mapa pojęciowa, metoda przypadków, dyskusja dydaktyczna, metaplan, metoda projektów, grupy zadaniowe, gry planszowe, haki pamięciowe), biblioterapia, trening twórczości, malowanie dziesięcioma palcami, logoterapia, metody z wykorzystaniem technik multimedialnych, głównie komputera, mandale, integracja sensoryczna.

Sfera emocjonalna

Dzieci posiadające dysfunkcje w zakresie sfery emocjonalnej cechuje szybkie powstawanie reakcji uczuciowych, ich nieadekwatność do siły bodźca, labilność, zmienność nastrojów oraz wzmożona lękliwość. Kluczowa terapia wspomnianej grupy uczniów powinna

być prowadzona na zajęciach z socjoterapii. Główne zalecenia związane z planowaniem terapii pedagogicznej:

- świadomość terapeuty, że jego czas i cierpliwość stanowią niezmiernie ważny wymiar w pracy terapeutycznej z dzieckiem posiadającym zespół ADHD;
- w procesie terapii powinien nas interesować człowiek, a nie tylko jego deficyty rozwojowe, w związku z tym ważne jest odczytywanie komunikatów niewerbalnych, które stanowią nieformalną wymianę uczuć między dzieckiem a terapeutą;
- zalecane metody pracy z uczniem:
 - trening komunikacji interpersonalnej, trening asertywności, warsztaty podnoszące poczucie własnej wartości, metody relaksacyjne, bajkoterapia, terapia wspomnieniami, teatroterapia, psychodrama, socjodrama, chromoterapia, terapia zabawą.

Istotnym jest fakt, iż terapia nie może być ściśle oparta na jednej koncepcji, ale dobrana do potrzeb dziecka i jego indywidualnej sytuacji, z uwzględnieniem funkcjonowania całej rodziny. Są jednak pewne ogólne zasady, które należy stosować w pracy z uczniem z ADHD. Najistotniejsze z nich to:

- posadzenie ucznia blisko nauczyciela, ale nie z dala od reszty dzieci (najlepiej, aby miał pozostałe dzieci za plecami i tym samym nie rozpraszał go ich widok);
- zapewnienie atmosfery akceptacji i spokoju (akceptowanie ucznia, ale nie jego zachowania);
- poświęcanie dziecku wiele uwagi;
- upewnienie się, czy dziecko dobrze rozumie polecenia zanim przystąpi do pracy;
- zwracanie uwagi na staranne wykonywanie prac oraz ich ukończenie;
- staranie, by polecenia były zwięzłe i jasne;
- dawanie tylko jednego polecenia na raz;
- stopniowe podwyższanie trudności zadań i wydłużanie czasu ich realizacji;
- ustalenie zasad i reguł obowiązujących ucznia;
- stosowanie stałego i zrozumiałego systemu pochwał i konsekwencji (żelazne, stałe i natychmiastowe konsekwencje);
- dostarczanie informacji zwrotnych na temat zachowania (odwoływanie się do ustalonych zasad);
- dostrzeganie i wzmacnianie każdej pozytywnej zmiany w zachowaniu dziecka;
- zapewnianie dziecku dużej ilości wzmocnień (stosowanie większej ilości pochwał niż kar i konsekwencji, unikanie krytykowania i używania krytycznych uwag);
- stosowanie urozmaiconych form i metod pracy;
- dostosowywanie tempa pracy do możliwości ucznia;
- zwracanie uwagi, by dziecko odpoczywało, gdy poczuje się zmęczone;
- ukierunkowanie aktywności ruchowej (zabawy ruchowe, zajęcia sportowe).

Podstawowe cele terapii dzieci z ADHD to:

- stymulowanie percepcji wzrokowej, słuchowej, rozwoju motorycznego, koordynacji tych funkcji oraz ćwiczenie umiejętności skupienia uwagi;
- umożliwienie odreagowania napięcia psychoruchowego oraz uzyskanie korekcyjnych doświadczeń emocjonalnych;
- zdobycie wiedzy o sposobach radzenia sobie z niepokojem fizycznym i emocjonalnym;
- nabywanie określonych umiejętności społecznych, służących rozwojowi osobistemu i społecznemu jednostki.

Opracowała Małgorzata Siemiątkowska - pedagog

Bibliografia:

1. Baranowska W., ADHD – prawie normalne życie, wyd. WSHE, Łódź 2007.
2. Chrzanowska B., Święcicka J., Oswoić ADHD. Przewodnik dla rodziców i nauczycieli dzieci nadpobudliwych psychoruchowo, Difin, Warszawa 2006.
3. Hané T., Dzieciństwo i dorastanie z ADHD, Impuls, Kraków 2009.
4. Marczak A., Program pracy z dzieckiem z objawami nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD) w przedszkolu lub szkole, Fraszka Edukacyjna, Warszawa 2006.
5. Pawlak P., Program profilaktyczno-terapeutyczny dla dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej, Impuls, Kraków 2009.
6. Pfiffner L., Wszystko o ADHD, Zys i S-ka, 1996.
7. Sosin I., Terapia pedagogiczna uczniów ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się, Raabe, Warszawa 2008.