

ADHD – co w dorosłości? Opis objawów i wybranych obszarów funkcjonowania osób dorosłych z deficytem uwagi i nadaktywnością

ADHD in adulthood. Description of symptoms and selected spheres of functioning in adults with attention-deficit hyperactivity disorder

Agnieszka Nowogrodzka

Akademia Wymiaru Sprawiedliwości w Warszawie

Neuropsychiatria i Neuropsychologia 2023; 18, 3–4: 117–126

Adres do korespondencji:

mgr Agnieszka Nowogrodzka
Akademia Wymiaru Sprawiedliwości
ul. Wiśniowa 50
02-520 Warszawa
e-mail: agnieszka.nowogrodzka@swws.edu.pl

Streszczenie

Zaburzenie z deficytem uwagi i nadaktywnością (*attention-deficit hyperactivity disorder* – ADHD) jest zaburzeniem neurorozwojowym. Podstawowe objawy, które występują w dzieciństwie, słabną w okresie dorostania i dorosłości, niemniej duża część osób nawet w późniejszym wieku przejawia zachowania związane z ADHD lub doświadcza wtórnych konsekwencji tego zespołu. U nastolatków i dorosłych obserwuje się trudności w relacjach społecznych, a także w sferze zawodowej oraz finansowej. Adolescenci i osoby dorosłe z rozpoznaniem ADHD częściej są negatywnie oceniane w kontaktach z innymi osobami. W dorosłości częściej mają trudności z prawidłowym funkcjonowaniem w pracy, rzadziej awansują oraz posiadają mniejsze zasoby finansowe niż ich zdrowi rówieśnicy. Istotne jest, że jakość życia tej grupy zależy od takich determinantów, jak wczesne rozpoznanie objawów zaburzenia, właściwe leczenie oraz współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych.

Coraz więcej opracowań dotyczących ADHD zwraca uwagę na nieco odmienny przebieg i obraz kliniczny w grupie dziewczynek i kobiet z ADHD. Dziewczęta częściej przejawiają zaburzenia uwagi bez wyraźnej nadaktywności i impulsywności. Nasilenie objawów obserwuje się u nich częściej w późniejszym wieku, przede wszystkim kiedy zaczynają wchodzić w okres dorostania, co jest uwarunkowane czynnikami biologicznymi, ale również może się wiązać z wtórnymi trudnościami. U nastolatka objawy związane z chwiejnością emocjonalną bywają mylone z innymi objawami i zachowaniami charakterystycznymi dla tego okresu życia. Brak właściwej diagnozy w tej grupie powoduje, że dziewczynki nie otrzymują właściwego wsparcia i leczenia, co może się przyczyniać do pogłębiania ich trudności w okresie dorosłości.

Słowa kluczowe: ADHD, rozwój, dorosłość, płeć, obraz kliniczny.

Abstract

Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder. The core symptoms observed in childhood tend to diminish during adolescence and adulthood; however, a significant number of individuals continue to display ADHD-related behaviors or experience secondary consequences of the disorder even in later life. Adolescents and adults with ADHD often struggle with social relationships, as well as in their professional and financial domains. They are more likely to be negatively evaluated in their interactions with others, have difficulties functioning effectively at work, experience less frequent job promotions, and possess fewer financial resources compared to their healthy peers. It is essential to note that quality of life for this group depends on factors such as early symptom recognition, appropriate treatment, and the co-occurrence of other mental disorders.

Increasingly, more studies on ADHD draw attention to slightly different patterns and symptoms in the group of girls and women with ADHD. Girls tend to exhibit attention problems without obvious hyperactivity and impulsiveness. The severity of symptoms is also often observed to increase later, primarily during adolescence, influenced by biological factors, but it may also be related to secondary difficulties. The emotionally labile symptoms presented by these adolescents can be mistaken for other behaviors typical of this life stage. The lack of proper diagnosis in this group results in girls not receiving the appropriate support and treatment, which may contribute to the exacerbation of their difficulties in adulthood.

Key words: ADHD, development, adulthood, sex, clinical presentation.

Wstęp

Zaburzenie psychiczne jest definiowane w DSM-5 jako „zespół objawów, który charakteryzuje się znaczącym klinicznie zmniejszeniem w obrębie postrzegania, regulacji emocji lub obecnością zachowań, które odzwierciedlają psychologiczną, biologiczną lub rozwojową dysfunkcję leżącą u podstaw psychicznego funkcjonowania” (American Psychiatric Association 2015). W ten sposób można opisać zaburzenie z deficytem uwagi i nadaktywnością (*attention-deficit hyperactivity disorder* – ADHD), które klasyfikowane jest w grupie zaburzeń neurorozwojowych. Oznacza to, że pojawia się ono we wczesnym okresie życia i wpływa na późniejszy rozwój dziecka, upośledzając jego funkcjonowanie. W Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Zaburzeń Psychiczych ICD-10, opisując podobne objawy, używano nazwy „zaburzenia hiperkinetyczne”, w aktualnym wydaniu – ICD-11 – używa się również nazwy „zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi”.

Częstość występowania ADHD ocenia się na 3–12% populacji, więc grupa osób doświadczających objawów i ich konsekwencji jest znacząca (American Psychiatric Association 2015; Danielson i wsp. 2018; Thomas i wsp. 2015; Willcutt 2012). Liczne badania dotyczące dzieci z ADHD pokazują, że z powodu objawów osiowych, czynników środowiskowych, ale również wtórnych konsekwencji grupa ta ma trudności w codziennym funkcjonowaniu. Przede wszystkim zwraca się uwagę na takie sfery, jak życie rodzinne, edukacja czy nadużywanie substancji psychoaktywnych (Barkley i wsp. 2008; Barkley 2015). Z powodu swoich konsekwencji ADHD stale pozostaje w kręgu zainteresowania lekarzy, terapeutów oraz badaczy.

Pierwsze wzmianki dotyczące wpływu deficytów uwagi i nadaktywności na rozwój i funkcjonowanie dzieci pojawiły się już pod koniec XVIII w. w książce szkockiego lekarza Alexandra Crichtona. Próbował on sklasyfikować obserwowane u dzieci dysfunkcje związane z uwagą, które nazywał „psychicznym niepokojem” (Palmer i Finger 2001). Wiedza dotycząca przyczyn i objawów ADHD znacząco rozwinęła się od tego czasu. Zmiany rozumienia przyczyn ADHD, a także objawów występujących u poszczególnych pacjentów można zauważyć w kolejnych edycjach klasyfikacji DSM pojawiających się na przestrzeni lat (Hedrickx 2010). Opisy zaburzenia pokazują znaczny wzrost wiedzy dotyczącej tego zagadnienia (przede wszystkim w zakresie podstaw biologicznych, wiedzy praktycznej

i społecznej). Niemniej dopiero w latach 90. poprzedniego wieku utrzymywanie się objawów zespołu uznano za stan kliniczny istotny dla odrębnych badań, klasyfikowania czy wreszcie leczenia (Słopień 2011). Stało się to dzięki doniesieniom Paula Wendera, który stworzył jednocześnie narzędzie przesiewowe do badania dorosłych – *Wender Utah Rating Scale* (Wender 1995). Obecnie wskazuje się, że znaczące trudności w funkcjonowaniu występują również w dorosłości, przy czym w tym okresie istotne są także wtórne konsekwencje zaburzenia.

Diagnoza ADHD

Jako podstawowe objawy ADHD wymienia się nieuwagę i nadaktywność-impulsywność. Obecnie najważniejsze klasyfikacje – DSM-5 oraz ICD-11 – wskazują jako kluczowe dla obrazu zaburzenia deficyty w obu tych obszarach (American Psychiatric Association 2013, 2015; WHO 2023).

Aby rozpoznać ADHD, stopień objawów musi wykraczać poza granice zmienności oczekiwanych dla danego wieku, możliwości intelektualnych oraz wpływać na funkcjonowanie społeczne. Pierwszy z objawów – deficyty uwagi – odnosi się do trudności w skoncentrowaniu na zadaniu, jego szczegółach, co może się ujawniać zarówno w czasie zabawy, jak i wykonywania zadań szkolnych. Zadania wymagające dłuższego wysiłku umysłowego sprawiają znaczne trudności, w związku z tym często są niechętnie realizowane. Ponadto obserwuje się trudności w organizacji, zapominanie o obowiązkach, a także gubienie przedmiotów, które są potrzebne do wykonania zadania. Osoba przejawiająca objawy uwagowe sprawia wrażenie, jakby nie słuchała, często też nie stosuje się do instrukcji. Nadaktywność wiąże się z nadmierną aktywnością ruchową w postaci niespokojnych ruchów rąk czy stóp, przesadnego biegania, wstawania z miejsca w sytuacjach wymagających samokontroli. Obserwuje się również trudności w podejmowaniu spokojnej zabawy lub wypoczynku. U osób dorosłych nadaktywność może się ograniczać jedynie do poczucia niepokojnego ruchowego. Impulsywność to skłonność do natychmiastowego reagowania na pojawiające się bodźce, bez planowania, brania pod uwagę konsekwencji oraz skutków podjętego działania (WHO 2023).

Dla rozpoznania deficytu uwagi z nadaktywnością ważne jest występowanie opisanych zachowań w różnych środowiskach i sytuacjach. Specyfika zachowania i reakcji może być zmienna w zależności od okoliczności i wymagań otocze-

nia. Zarówno w klasyfikacji DSM-5, jak i ICD-11 wskazuje się, że aby postawić diagnozę ADHD, opisane objawy powinny się pojawić przed 12. rokiem życia. Zdarza się jednak, że zaburzenie rozpoznaje się w okresie dorosłości u osób bez diagnozy ADHD w dzieciństwie. Takie sytuacje mogą się wiązać z łagodnym przebiegiem objawów w okresie dzieciństwa lub istnieniem innych zaburzeń w tym czasie (zaburzenia snu, inna choroba przewlekła), których skutkiem mogą być objawy nadpobudliwości (Al-Timimi i Jamil 2021) (tab. 1).

W ostatnim wydaniu DSM kryterium wieku zostało podniesione z 7. do 12. roku życia, nadal jednak pojawia się trudność diagnostyczna w grupie osób, które mają objawy, ale nie spełniają one wystarczająco wymaganych kryteriów diagnostycznych przed wskazanym wiekiem. Badania dotyczące rozpowszechnienia ADHD pokazują, że liczba rozpoznanych przypadków zwiększa się szczególnie w grupie wiekowej 13–17 lat (Collins i Cleary 2016; Davidovith i wsp. 2017). Zjawisko to zaobserwowano szczególnie po zmianie objawów ADHD w klasyfikacji DSM-5. Badania pokazują również, że objawy, a także podtypy zaburzenia różnią się w zależności od grupy wiekowej. U dzieci w wieku 8–11 lat najczęściej rozpoznaje się podtyp

mieszany, z kolei w grupie 12–15 lat – podtyp z przewagą deficytów uwagi (Ipci i wsp. 2020). Nierzadko zdarza się, że osoby dorosłe starają się o diagnostykę w kierunku ADHD. Jest to dla nich ważne, gdyż szukają przyczyny trudności doświadczanych w ciągu życia, które wcześniej nie zostały właściwie rozpoznane (Al-Timimi i Jamil 2021).

Jak już wspomniano, obraz zaburzenia zmienia się w zależności od wieku badanych pacjentów. Podobnie jest w większości jednostkowych przypadków – nasilenie objawów, przede wszystkim związanych z nadpobudliwością, zmniejsza się w okresie dorastania i dorosłości (Döpfner i wsp. 2015; Słopeń 2011; Wolańczyk i Komender 2014). Występująca wcześniej nadpobudliwość zmienia się w niepokój, który obserwowany jest w napięciu ciała i zbędnych ruchach, takich jak poruszanie palcami, stopami czy zabawa małymi przedmiotami. Impulsywność w tym okresie częściej ma postać zbyt szybkiego rozpoczynania wypowiedzi lub sięgania po przedmioty. Badania wskazują, że ten objaw ujawnia się głównie jako trudności w funkcjach wykonawczych (Wasserstein 2005). Chodzi przede wszystkim o kontrolę inhibitorową oraz planowanie działania (Al-Timimi i Jamil 2021). W dorosłości osoby z ADHD nadal mają trudność z podjęciem

Tabela 1. Obraz kliniczny podstawowych objawów ADHD u dorosłych według DSM-5

Podstawowe objawy	Obraz kliniczny u osób dorosłych
nieuwaga	<ul style="list-style-type: none"> • pobieżne wykonywanie zadań, pomijanie szczegółów, angażowanie się w inne zadania • trudność w utrzymaniu uwagi w czasie dłuższych wykładów, spotkań, a także rozmowy • trudność z wysłuchaniem polecenia lub instrukcji do końca, sprawianie wrażenia „nieobecnego myśłami” • częste nieprzestrzeganie ustalonych terminów • obniżone umiejętności zarządzania czasem, planowania realizacji zadań • skłonność do chaotycznego realizowania zadań • problem w utrzymaniu porządku we własnym otoczeniu • zapominanie lub pomijanie codziennych obowiązków • częste przychodzenie na spotkania z opóźnieniem • niechętnie angażowanie się w przygotowywanie sprawozdań czy wypełnianie formularzy • gubienie przedmiotów, również tych potrzebnych do realizowania zadań • rozpraszenie się pod wpływem bodźców zewnętrznych i wewnętrznych (własnych myśli) • zapominanie o obowiązkach, takich jak płacenie rachunków, załatwianie bieżących spraw
nadaktywność i impulsywność	<ul style="list-style-type: none"> • częste uczucie poirytowania, zniecierpliwienia, szczególnie w sytuacji braku dodatkowej stymulacji (np. czekanie w kolejce) • trudność w regulowaniu stanów emocjonalnych, łatwe wybuchanie gniewem • poczucie wewnętrznego niepokoju niezwiązanego z sytuacją • wiercenie się lub wykonywanie dodatkowych ruchów rękami lub nogami • trudności z wypoczynkiem i zrelaksowaniem się • nadmierna gadatliwość, wtrącanie wątków lub udzielanie odpowiedzi, nawet jeśli rozmówca nie skończył swojej wypowiedzi • tendencja do angażowania się w kolejne aktywności przy braku efektywności w wykonywanych zadaniach • przerywanie bądź przejmowanie zadań i czynności, które realizuje inna osoba • nagłe, impulsywne podejmowanie lub zmiana decyzji • poszukiwanie dodatkowej stymulacji, np. poprzez szybką jazdę lub kradzieże • zażywanie substancji psychoaktywnych

Na podstawie: American Psychiatric Association. Kryteria diagnostyczne DSM-5 [6].

kierunkowej aktywności, a także z adekwatnym hamowaniem działania w trakcie realizowania zadań. Najdłużej utrzymują się trudności związane z uwagą i one często najbardziej wpływają na jakość wykonywanych zadań czy relacji. W wieku dorosłym obserwowane są jako trudności w planowaniu, rozkojarzenie, zapominanie. Takie objawy mogą się utrzymywać nawet u 70% dorosłych z ADHD (Asherson i Agnew-Blais 2019; Puder i Cummings 2018).

Badania prowadzone na osobach ze zdiagnozowanym zaburzeniem pokazują, że utrzymujące się objawy powodują trudności w realizacji codziennych zadań, ale również są powiązane z wtórnymi długoterminowymi konsekwencjami. Adolescenci i młodzi dorośli mają trudności edukacyjne, separacyjne (związane z opuszczeniem domu rodzinnego), problemy z rozwojem autonomii czy nawiązywaniem prawidłowych relacji interpersonalnych (Seiffge-Krenke 2015; Skovgaard 2010; Storebø i wsp. 2016). Ponadto grupa ta gorzej radzi sobie w pracy, częściej wchodzi w konflikty z prawem i ma tendencje do uzależnień. Zaburzenie z deficytem uwagi jest zatem chorobą przewlekłą, przynoszącą negatywne konsekwencje i wymuszającą adaptację do środowiska (Sęk i Ziarko 2017).

Opracowania odnoszące się do funkcjonowania dzieci z ADHD zwracają uwagę na jego współistnienie z innymi zaburzeniami. Zjawisko to jest ważne, gdyż dotyczy nawet 50–70% pacjentów z ADHD, u których stwierdza się przynajmniej jedno zaburzenie współistniejące (Biederman 2005; Ipci i wsp. 2020; Zorlu i wsp. 2020). Wśród najważniejszych zaburzeń rozpoznawanych u osób z ADHD wymienia się zaburzenia opozycyjno-buntownicze (50% dzieci z mieszanym typem ADHD), rzadziej zaburzenia zachowania (25% dzieci z mieszanym typem ADHD) oraz zaburzenia uczenia się (nawet ok. 35%) (American Psychiatric Association 2015; Bloom i wsp. 2005; Ipci i wsp. 2020; Karatoprak i Dönmez 2022). Badania nie potwierdzają natomiast związku między współwystępowaniem ADHD i innych zaburzeń psychicznych a takimi zmiennymi, jak wiek, płeć, czynniki rodzinno-społeczne czy inne choroby przewlekłe (Karatoprak i Dönmez 2022).

Ustalenie rozpoznania ADHD w okresie dorosłości jest złożonym procesem. W tym czasie nakładają się bowiem objawy o charakterze pierwotnym i zachowania wtórne. W dorosłości objawy ADHD mogą być podobne do objawów występujących w zaburzeniach osobowości, depresji, zaburzeniach lękowych czy dystymii (Goodman 2010). Nie można również zapo-

minąć, że w tym okresie osoby z wyuczonymi reakcjami często wykorzystują różne strategie kompensacyjne pomagające im w dostosowaniu się do otoczenia.

Nie ma jednego rzetelnego narzędzia medycznego czy neuropsychologicznego, które umożliwiłoby postawienie diagnozy na podstawie uzyskanego wyniku (Goodman 2010). Z tego względu istotne jest zbieranie informacji dotyczących funkcjonowania diagnozowanych osób z różnych źródeł, podobnie jak podczas diagnozowania dziecka. Do narzędzi stosowanych w takiej diagnostyce należą zarówno formy samoopisowe, jak i dane oraz wywiady zbierane ze środowiska. Pomocniczo w diagnostyce nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi wykorzystywana jest DIVA 5.0 stworzona na bazie wcześniejszego narzędzia – DIVA 2.0 (Kooij i wsp. 2019). Jest to ustrukturalizowany wywiad zawierający pytania dotyczące objawów. Pytania zostały oparte na kryteriach diagnostycznych DSM-5 i podzielone na obszary charakterystyczne dla okresu dzieciństwa i okresu dorosłości. Narzędzie to zostało przetłumaczone na kilkanaście języków, w tym język polski. Badania walidacyjne pokazują, że jest to wiarygodne narzędzie diagnostyczne, mające dobrą wartość predykcyjną dla diagnozy ADHD u dorosłych w populacji psychiatrycznej (Hong i wsp. 2020). Inne narzędzia stosowane w diagnostyce ADHD u dorosłych (m.in. ADHD-RS, *Barkley's Current Syndrome Scale*, WRAADDS) są dostępne jedynie w języku angielskim.

Coraz częściej badacze odnoszą się do możliwości konceptualizowania ADHD jako spektrum. Jest to uzasadnione obserwacją zachowań. Podobnie jak w autyzmie zachowania związane z deficytem uwagi i nadaktywnością można rozmieścić na kontinuum. Badania pokazują, że nawet osoby, u których wybrane objawy zawarte w klasyfikacjach (zarówno DSM-5, jak i ICD-11) mają charakter subkliniczny, doświadczają negatywnych konsekwencji ADHD. Występujące u nich deficyty wpływają na realizację codziennych zadań. W dłuższej perspektywie obserwuje się u nich więcej dysfunkcji oraz innych zaburzeń psychicznych niż u osób zdrowych (Balázs i Keresztény 2014).

Deficyt uwagi z nadaktywnością – wybrane długoterminowe konsekwencje

W okresie dorastania i dorosłości, jak wskazano powyżej, zmniejsza się natężenie podstawowych objawów ADHD. Pozwala to dorosłym

z tym zaburzeniem bardziej adekwatnie wykonywać codzienne obowiązki związane z nauką lub pracą (Döpfner i wsp. 2015). Ich umiejętności stale jednak odbiegają od umiejętności osób zdrowych, co uwidaczniają zaprezentowane poniżej badania dotyczące funkcjonowania tej grupy w podstawowych diagnozowanych sferach – społecznej, zawodowej oraz rodzinnej.

Okres dorastania i dorosłości wiąże się ze wzrostem znaczenia umiejętności pozwalających na funkcjonowanie w grupie, partnerstwo, a także realizowanie codziennych obowiązków w interakcjach w grupie. Sytuacje społeczne wymagają analizy złożonych elementów, zrozumienia zachowania innych osób, a także planowania odpowiedzi i sposobu jej realizowania. Funkcjonowanie społeczne obejmuje kontinuum od upośledzenia do kompetencji społecznych. To pierwsze oznacza deficyty w obszarach funkcjonowania jednostki, które utrudniają jej realizację celów i stanowią dla niej obszar problematyczny. Kompetencje natomiast to zachowania adaptacyjne pozwalające uzyskiwać określone rezultaty społeczne (Gresham 1998; Nixon 2001). Zachowania społeczne u osób z nadpobudliwością psychoruchową i deficytami uwagi nie są tak rozwinięte jak u osób zdrowych (Barkley i Fischer 2010). Najczęściej obserwowane zachowania mogące wpływać na pogorszenie funkcjonowania społecznego w ADHD to zbyt szybkie mówienie, wypowiedzanie się w nieodpowiednim czasie, mówienie rzeczy, które zwykle nie są wypowiedzane wprost, przerywanie, wiercenie się, trudności w kończeniu wypowiedzi, łatwe doświadczanie frustracji, szybkie złoszczenie się, łatwa utrata kontroli nad zachowaniem, agresja, zapominanie o codziennych czynnościach (American Psychiatric Association 2015; Barkley i Fischer 2010; Zoromski i wsp. 2015). Ponadto grupa ta ujawnia niskie lub średnie deficyty w poznaniu społecznym związane z rozumieniem społecznym, zrozumieniem i interpretacją reakcji emocjonalnych oraz rozwiązywaniem problemów (Bora i Pantelis 2016; Bunford i wsp. 2018; Sibley i wsp. 2010). Objawy o takim charakterze powodują problemy każdej ze stron interakcji, a doświadczane z tego powodu negatywne emocje pojawiające się w kontakcie sprzyjają niechęci do dalszego rozwijania znajomości. Jeśli takie doświadczenia pojawiają się u osoby z ADHD wielokrotnie, przyczyniają się do utrwalenia poczucia nieadekwatności.

Zachowania związane z objawami nadaktywności są na tyle znaczące, że budzą dyskomfort obserwatora jeszcze przed bezpośrednią interakcją. Zostało to potwierdzone w badaniach, w któ-

rych grupa osób dorosłych obserwowała aktorkę prezentującą zachowania charakterystyczne dla osób z objawami nadpobudliwości. Oglądanie przygotowanego w ten sposób 20-minutowego filmu budziło negatywne nastawienie, wrogi afekt oraz mniejszą sympatię do aktorki niż oglądanie podobnego nagrania z zachowaniami neutralnymi (Paulson i wsp. 2005; Canu i wsp. 2008). W podobnym badaniu osoby niewidzące oceniały jakość interakcji z osobami mającymi objawy impulsywności. Po jednodominutowym kontakcie badani oceniali osoby z objawami nadpobudliwości gorzej niż osoby z grupy bez zaburzeń (Canu i Carlson 2003).

W badaniach przeprowadzonych przez Miklosi i wsp. (2016) w grupie 240 dorosłych z objawami ADHD wykazano, że osoby z ADHD uzyskują wyższe wyniki w czterech skalach samoopisowego *Kwestionariusza schematów Younga* (*Young Schema Questionnaire – YSQ*). Jedną z podwyższonych skal była izolacja społeczna. Schemat ten odpowiada za doświadczanie i prezentowanie nieadaptacyjnych emocji, myśli i zachowań, które są związane z poczuciem nieadekwatności w relacjach społecznych, inności, niedostosowania. Oznacza to, że również osoby z objawami zaburzenia deklaruje, że doświadczają poczucia odrzucenia i izolacji w kontaktach społecznych, mają poczucie nieadekwatności i trudności w nawiązywaniu kontaktów. Zachowania, które prezentują osoby z ADHD w okresie dorastania czy dorosłości, najczęściej nie są oceniane pozytywnie i spotykają się z krytycyzmem, czyli negatywną zwrotną oceną, a także odrzuceniem (Canu i wsp. 2008; Psychogiou i wsp. 2007). W konsekwencji tych procesów grupa dorosłych z objawami nadaktywności deklaruje posiadanie mniejszej liczby kolegów, a także problemy w interakcjach społecznych i zachowaniach seksualnych (wyższy poziom lęku dotyczący seksualności, niższy poziom oczekiwań odnośnie do zbliżeń seksualnych) (Weiss i Hechtman 1993). Jeśli nawet nastolatki mają podobną liczbę znajomych jak ich zdrowi rówieśnicy, to często są to osoby młodsze lub starsze od nich samych (Beristain i Wiener 2020). Ponadto nastolatki z tej grupy opisują swoje relacje jako mniej satysfakcjonujące i wspierające niż ich zdrowi rówieśnicy (Bagwell i Schmidt 2012).

Deficytową sferą u dorosłych z nadpobudliwością i deficytem uwagi jest również życie zawodowe i sytuacja finansowa. Trudność tą można zauważyć nawet w grupie osób z ADHD, które były leczone farmakologicznie i nie doświadczają poważnych wtórnych objawów zaburzenia, czyli ogólnie radzą sobie lepiej niż osoby, które

nie podlegały leczeniu (Pelham i wsp. 2019; Safren i wsp. 2010). Grupa ta charakteryzuje się bowiem ogólnym dobrym przystosowaniem do wywiązywania się z ról społecznych. Leczenie farmakologiczne wpływa na zmniejszenie natężenia podstawowych objawów ADHD, nie zwiększa jednak konkretnych umiejętności i strategii potrzebnych w codziennym funkcjonowaniu. Dorośli, u których w dzieciństwie zdiagnozowano ADHD, mimo braku podstawowych objawów w dorosłości deklarują posiadanie niższych dochodów, mają mniej oszczędności, częściej są zależni finansowo od rodziców lub od instytucji społecznych (Altszuler i wsp. 2016; Barkley i wsp. 2008; Brod i wsp. 2005; Biederman i wsp. 2012; Hechtman i wsp. 2016; Klein i wsp. 2012; Owens i wsp. 2017). W podłużnych badaniach Pelham i wsp. (2019) wykazali, że osoby powyżej 30. roku życia ze zdiagnozowanym ADHD radzą sobie gorzej finansowo w każdym wskaźniku – odnoszącym się do dochodów, oszczędności, statusu zatrudnienia, zależności od rodziców czy innych osób. Istotne jest to, że trudności te dotyczyły również grupy, która w dorosłości nie spełniała już pełnych kryteriów zespołu. Zjawisko to występowało zwłaszcza w okresie między 25. a 30. rokiem życia, kiedy osoby z grupy kontrolnej uzyskiwały samodzielność, zyskiwały lepsze stanowiska i wynagrodzenie w pracy, a tymczasem grupa badanych z objawami ADHD uzyskiwała nieznaczną samodzielność. Prognozy dla grupy z ADHD wskazywały, że w przyszłości osiągną oni znacznie mniejsze zarobki (jednostkowo 1,25 razy mniej niż ich zdrowi rówieśnicy) oraz uzyskają niższe emerytury (nawet o 40–75% kwoty netto niż osoby zdrowe).

Zastanawiając się nad funkcjonowaniem dorastających oraz osób dorosłych z ADHD, warto odnieść się do parametru, jakim jest jakość życia. Stanowi on bowiem wykładnik funkcjonowania jednostki w związku z upośledzeniem spowodowanym chorobą. Najogólniej można go definiować jako subiektywną ocenę oraz postrzeganie istotnych aspektów sytuacji życiowej, tj. stanu zdrowia, funkcjonowania, interakcji społecznych oraz realizacji najważniejszych aktywności życiowych stosownych do wieku (Mattejat i Remschmidt 2006). W swoich badaniach Brod i wsp. (2005) wykazali, że zaburzenia współistniejące z ADHD są determinantem jakości życia. Warto w tym miejscu przypomnieć, że nadpobudliwość często współwystępuje z innymi zaburzeniami psychicznymi, co stanowi dodatkowe obciążenie w realizacji codziennych zadań. Badacze ci stwierdzili, że ustalenie jednej definicji jakości

życia w przypadku różnych zaburzeń i chorób nie jest możliwe, dlatego należy wprowadzić model jakości życia charakterystyczny dla dorosłych z ADHD. Analizy wykazały, że determinantami wpływającymi na jakość życia były rozpoznanie zaburzenia w okresie dzieciństwa oraz objęcie dziecka właściwym wsparciem farmakologicznym i terapeutycznym. Osoby, u których szybciej rozpoznano zaburzenie i które zostały poddane leczeniu, miały poczucie wyższej jakości życia. Drugim ważnym determinantem było współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych. Poza tym wymieniono jeszcze doświadczenia szkolne oraz oczekiwania rodziny w stosunku do osoby z nadpobudliwością. Z kolei jako moderatory jakości życia wskazane zostały odpowiednio dobrane leczenie oraz wsparcie społeczne, a także umiejętność wykorzystywania pozytywnych aspektów. Podobne rezultaty uzyskali Krauss i Schellenberg (2022). Zgodnie z ich analizami grupa nastolatków i młodych dorosłych mających istotne objawy ADHD w dzieciństwie gorzej oceniała swoją jakość życia w różnych przejawach. Deklarowali oni gorsze samopoczucie fizyczne i psychiczne oraz niższą samoocenę.

ADHD u kobiet

Zespół z deficytem uwagi i nadaktywnością według różnych szacunków jest rozpoznawany 2–9 (a nawet 16) razy częściej u chłopców niż u dziewcząt (Babinski i Welkie 2020; Nøvik i wsp. 2006). W praktyce oznacza to, że nawet u 12% chłopców w wieku szkolnym rozpoznaje się objawy ADHD. W tej samej grupie wiekowej objawy identyfikuje się u 4% dziewcząt (Centers for Disease Control and Prevention 2008). Pojawiają się jednak doniesienia wskazujące, że częstość występowania ADHD u płci żeńskiej może być niedoszacowana (Resnick 2005). Zwłaszcza że stosunek kobiet do mężczyzn z tym zespołem zmienia się znacząco w dorosłości i wynosi 1 : 1,6 (Willcutt 2012). Rozbieżności te są różnie wyjaśniane.

Wskazuje się, że objawy pojawiające się u dziewcząt mogą być pomijane i bagatelizowane. Brak pomocy i wsparcia otoczenia może powodować stopniowe narastanie trudności u dziewczynek. Brak diagnozy zmniejsza bowiem szanse na uczenie się właściwych strategii radzenia sobie, a także może wpływać na pojawianie się wtórnych konsekwencji. Przyczyną niedodiagnozowania może być charakter objawów występujących u dziewczynek i kobiet. W porównaniu z płcią męską kobiety znacznie częściej doświadczają objawów związanych z deficytami uwagi i niepokojem. Przejawy behawioralne

zaburzenia nie są u nich tak silnie uzewnętrznione, a co się z tym wiąże, nie są tak uciążliwe dla bezpośredniego otoczenia. Często też objawy u dziewcząt pojawiają się później niż u chłopców (Abikoff i wsp. 2002; Keltner i Taylor 2002).

Przyczyn różnic w charakterze pojawiających się objawów upatruje się w nieco innym rozwoju mózgowia u chłopców w porównaniu z dziewczynkami. Dane pokazują, że tempo rozwoju mózgowia jest różne u obu płci. Dotyczy to poszczególnych płatów, a przede wszystkim istoty szarej (Giedd i wsp. 1999; Lenroot i wsp. 2007). U płci żeńskiej mechanizmu, który jest przyczyną zaburzenia, można upatrywać w prawostronnej asymetrii mózgu (różnica w stosunku do grupy kontrolnej) oraz różnym pobudzeniu okolic czołowych. Należy jednak zaznaczyć, że deficyty związane z rozwojem układu nerwowego u dziewczynek są rekompensowane ich szybszym dojrzewaniem. Z tego powodu w okresie przedszkolnym i wczesnoszkolnym problemy w zachowaniu dziewczynek nie są tak widoczne, ale nasilają się w okresie dorastania. Wzrost poziomu estrogenu oraz wzrost receptorów dopaminy powoduje nasilenie objawów ADHD (Keltner i Taylor 2002). Jako jedną z przyczyn ADHD wymienia się nadprodukcję receptorów dopaminy przy niewystarczającej ilości neuroprzekaźnika. Powoduje to objawy nadaktywności. U dziewczynek ten sam mechanizm pojawia się dopiero w okresie dorastania. Wówczas wzrost poziomu estrogenów powoduje zagęszczenie receptorów dopaminergicznych, a w związku z tym pojawiają się objawy nadpobudliwości. Niektóre dane wskazują, że u płci żeńskiej objawy ADHD utrzymują się nawet u 60% dorosłych (w porównaniu z 35% mężczyzn, którzy byli zdiagnozowani w dzieciństwie) (Biederman i wsp. 2010).

W okresie dorastania istotne staje się odróżnienie objawów ADHD od przejawów dojrzewania i kształtowania własnej tożsamości, tj. negatywizmu czy chwiejności emocjonalnej. Natężenie oraz charakter objawów w tym wieku mogą powodować ponowne interpretowanie trudności doświadczanych przez dziewczynki jako zachowań związanych z wiekiem zamiast skupienia się na objawach ADHD.

Istotne jest zatem zwrócenie uwagi na różnice w przebiegu zaburzeń z deficytem uwagi i nadaktywnością w zależności od płci oraz stosowanie odpowiednich metod diagnostyki i oddziaływań terapeutycznych. Dziewczynki ze zdiagnozowanym w dzieciństwie ADHD znacznie częściej doświadczają długoterminowych konsekwencji tego zespołu (wtórne konsekwencje utrzymują się

prawie u 45% dorosłych kobiet w porównaniu z 28% mężczyzn) (Agnew-Blais i wsp. 2013). ADHD u dziewczynek wiąże się bowiem z większą podatnością w okresie dorastania i wczesnej dorosłości na problemy, które mają charakter objawów zinternalizowanych. Należą do nich zaburzenia odżywiania, tendencje samobójcze, depresja, zaburzenia lękowe, zaburzenia somatyczne (Biederman i wsp. 2005; Makris i wsp. 2008; Mikami i wsp. 2008; Solberg i wsp. 2018). Ogólnie w trakcie życia dziewczynki, a w późniejszym okresie kobiety z deficytem uwagi i nadpobudliwością osiągają gorsze wyniki w edukacji, mają niższą samoocenę i przejawiają wyższy wskaźnik demoralizacji niż zdrowe rówieśniczki, wykazują również patologie związane z realizacją roli matki (Quinn 2005; Sassi 2009).

Część badaczy próbuje wytłumaczyć odrębności między płciami, a także ich zmniejszanie się w starszych grupach wiekowych różnicami w typie zaburzenia. Otóż u dziewczynek częściej obserwuje się typ z przewagą objawów nieuwagi, natomiast u chłopców częściej pojawiają się objawy mieszane, z większym natężeniem impulsywności oraz nadaktywności (Li i wsp. 2019; Willcutt 2012). Jak wskazano wcześniej, objawy nadaktywności mają tendencję do zmniejszania się w czasie, podczas gdy objawy nieuwagi utrzymują się najdłużej. Z tego powodu mogą się pojawiać różnice w rozpoznawaniu objawów i stawianiu diagnozy w zależności od grupy wiekowej kobiet i mężczyzn.

Podsumowanie

Nadpobudliwość z zaburzeniami uwagi to zaburzenie, którego objawy obserwuje się już w okresie dzieciństwa. Podstawowe objawy – deficyt uwagi, impulsywność oraz nadpobudliwość – wpływają na funkcjonowanie dziecka w różnych przejawach jego życia, utrudniając realizację celów i zadań związanych z wiekiem. Pomimo długotrwałych badań i opisywania zaburzenia w kolejnych klasyfikacjach diagnostycznych nadal pojawiają się wątpliwości dotyczące jego rozpowszechnienia, a także rozpoznawania. Ważną kategorią pacjentów wydają się osoby dorosłe z ADHD, które nie otrzymały rozpoznania w dzieciństwie, a zatem nie były leczone. Grupa ta stanowi ważne wyzwanie diagnostyczne, co wpływa na sposób leczenia.

W okresie dorosłości obserwuje się również wtórne skutki zaburzenia, tj. uzależnienia, współistnienie innych zaburzeń psychicznych czy wchodzenie w konflikty z prawem. Badania dotyczące osób dorosłych przejawiają-

cych objawy ADHD wskazują, że grupa ta ma trudności w relacjach społecznych oraz w życiu zawodowym i częściej doświadcza problemów finansowych. Zachowania związane z ADHD, które utrzymują się w dorosłości, powodują, że grupa ta jest negatywnie postrzegana i oceniana przez inne osoby. Skutkuje to mniejszą ilością, a także gorszą jakością relacji społecznych. Osoby nadpobudliwe w dorosłości radzą sobie gorzej w realizacji zadań zawodowych, rzadziej awansują, co powoduje uzyskiwanie gorszych dochodów, często też pozostają na utrzymaniu innych osób lub muszą liczyć na ich wsparcie. Wreszcie – objawy ADHD wpływają na jakość życia osób, które ich doświadczają.

Zaburzenia z deficytem uwagi i nadaktywnością w okresie dzieciństwa częściej rozpoznaje się u chłopców, jednak ta przewaga maleje wraz z wiekiem. Z tego względu zwraca się uwagę na nieco inny obraz zaburzenia u dziewcząt i kobiet. Dane pokazują, że ze względu na charakter objawów (głównie w postaci deficytów uwagi) oraz późniejsze ich ujawnianie się częstość występowania zaburzenia w tej grupie jest niedoszacowana. Objawy ADHD u dziewcząt nasilają się częściej w okresie dorastania i mogą być mylone ze zmianami charakterystycznymi dla tego wieku. Analizy wskazują, że wtórne trudności, tj. uzależnienia, problemy w relacjach społecznych, zaburzenia współistniejące, problemy z realizacją ról społecznych, mogą być poważniejsze niż u płci męskiej.

Istnieją liczne opracowania i badania dotyczące ADHD, jednak z uwagi na częstość jego występowania i konsekwencje zarówno dla jednostek, jak i dla społeczeństwa, ważne jest dalsze prowadzenie badań i pogłębianie wiedzy dotyczącej diagnozy, przebiegu oraz leczenia tego zaburzenia.

Oświadczenie

Autorka deklaruje brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Abikoff HB, Jensen PS, Arnold LLE i wsp. Observed classroom behavior of children with ADHD: relationship to gender and comorbidity. *J Abnorm Child Psychol* 2002; 30: 349-359.
2. Agnew-Blais J, Seidman LJ, Buka S. Adult ADHD: persistence, symptom profile and demographic characteristics. *Compr Psychiatry* 2013; 54: e1.
3. Al-Timimi SJ, Jamil NF. Making sense of adult attention deficit hyperactivity disorder (A-ADHD). *Arab J Psychiatry* 2021; 32: 124-130.
4. Altszuler AR, Page TF, Gnagy EM i wsp. Financial dependence of young adults with childhood ADHD. *J Abnorm Child Psychol* 2016; 44: 1217-1229.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. 5th ed. APA Publishing 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
6. American Psychiatric Association. *Kryteria diagnostyczne DSM-5*. Desk Reference. Edra Urban & Partner 2015; 5.
7. Asherson P, Agnew-Blais J. Annual research review: Does late-onset attention-deficit/hyperactivity disorder exist? *J Child Psychol Psychiatry* 2019; 60: 333-352.
8. Babinski DE, Welkie J. Feasibility of ecological momentary assessment of negative emotion in girls with ADHD: a pilot study. *Psychol Rep* 2020; 123: 1027-1043.
9. Bagwell CL, Schmidt M. *Friendships in childhood and adolescence*. The Guilford Press, New York 2012.
10. Balázs J, Keresztény Á. Subthreshold attention deficit hyperactivity in children and adolescents: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2014; 23: 393-408.
11. Barkley R. *Etiologies of ADHD*. W: *Attention-deficit hyperactivity disorder*. 4th ed. Barkley R (red.). New York 2015; 356-390.
12. Barkley RA, Fischer M. The unique contribution of emotional impulsiveness to impairment in major life activities in hyperactive children as adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010; 49: 503-513.
13. Barkley RA, Murphy KR, Fischer M. *ADHD in adults: What the science says*. Guilford Press, New York 2008.
14. Beristain CM, Wiener J. Friendship of adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Can J Sch Psychol* 2020; 35: 266-279.
15. Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biol Psychiatry* 2005; 57: 1215-1220.
16. Biederman J, Kwon A, Aleardi M i wsp. Absence of gender effects on attention deficit hyperactivity disorder: findings in nonreferred subjects. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1083-1089.
17. Biederman J, Petty CR, Evans M i wsp. How persistent is ADHD? A controlled 10-year follow-up study of boys with ADHD. *Psychiatry Res* 2010; 177: 299-304.
18. Biederman J, Petty CR, Woodworth KY i wsp. Adult outcome of attention-deficit/hyperactivity disorder: a controlled 16-year follow-up study. *J Clin Psychiatry* 2012; 73: 941-950.
19. Bloom JS, Miller CJ, Garcia MA i wsp. Reading disabilities in children with attention deficit hyperactivity disorder. W: *Attention deficit hyperactivity disorder. From genes to patients*. Gozal D, Molfese DL. Humana Press, 2005; 337-358.
20. Bora E, Pantelis C. Meta-analysis of social cognition in attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): comparison with healthy controls and autistic spectrum disorder. *Psychol Med* 2016; 46: 699-716.
21. Brod M, Perwien A, Adler L i wsp. Conceptualization and assessment of quality of life for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Prim Psychiatry* 2005; 12: 58-64.
22. Bunford N, Evans SW, Langberg JM. Emotion dysregulation is associated with social impairment among young adolescents with ADHD. *J Atten Disord* 2018; 22: 66-82.
23. Canu WH, Carlson CL. Differences in heterosocial behavior and outcomes of ADHD-symptomatic subtypes in a college sample. *J Atten Disord* 2003; 6: 123-133.
24. Canu WH, Newman ML, Morrow TL i wsp. Social appraisal of adult ADHD: stigma and influences of the beholder's Big Five personality traits. *J Atten Disord* 2008; 11: 700-710.
25. Centers for Disease Control and Prevention. *Diagnosed attention deficit hyperactivity disorder and learning disability: United States 2004–2006*. Vital and Health Sta-

- tistics 2008; 10. https://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_10/Sr10_237.pdf
26. Collins K, Cleary S. Racial and ethnic disparities in parent-reported diagnosis of ADHD. *J Clin Psychiatry* 2016; 77: 52-59.
 27. Danielson ML, Bitsko RH, Ghandour RM i wsp. Prevalence of parent-reported ADHD diagnosis and associated treatment among U.S. children and adolescents, 2016. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2018; 47: 199-212.
 28. Davidovith M, Koren G, Fund N i wsp. Challenges in defining the rates of ADHD diagnosis and treatment: trends over the last decade. *BMS Pediatrics* 2017; 17.
 29. Döpfner M, Hautmann C, Görtz-Dorten A i wsp.; BELLA study group. Long-term course of ADHD symptoms from childhood to early adulthood in a community sample. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2015; 24: 665-673.
 30. Giedd JN, Blumenthal J, Jeffries NO i wsp. Development of the human corpus callosum during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1999; 23: 571-588.
 31. Goodman DW. ADHD u dorosłych: aktualizacja dla klinicystów dotycząca rozpoznania i oceny. *Psychiatr Dypł* 2010; 7: 71-82.
 32. Gresham FM. Social skills training: should we raze, remodel, or rebuild? *Behav Disord* 1998; 24: 19-25.
 33. Hechtman L, Swanson JM, Sibley MH i wsp. Functional adult outcomes 16 years after childhood diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder: MTA results. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2016; 55: 945-952.
 34. Hedrickx S. The adolescent and adult neuro-diversity handbook: Asperger syndrome, ADHD, dyslexia, dyspraxia and related conditions. Jessica Kingsley Publishers, 2010; 26-42.
 35. Hong M, Kooij JJS, Kim B i wsp. Validity of the Korean version of DIVA-5: a semi-structured diagnostic interview for adult ADHD. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2020; 16: 2371-2376.
 36. İpci M, İnci İzmir SB, Türkcapar MH i wsp. Psychiatric comorbidity in the subtypes of ADHD in children and adolescents with ADHD according to DSM-IV. *Arch Neuropsychiatry* 2020; 57: 283-289.
 37. Karatoprak S, Dönmez YE. Comorbid psychiatric disorders and related sociodemographic factors in adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Dr Behcet Uz Child Hosp* 2022; 12: 37-44.
 38. Keltner NL, Taylor EW. Messy purse girls: adult females and ADHD. *Perspect Psychiatr Care* 2002; 38: 69-72.
 39. Klein RG, Mannuzza S, Olazagasti MAR i wsp. Clinical and functional outcome of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder 33 years later. *Arch Gen Psychiatry* 2012; 69: 1295-1303.
 40. Kooij JJS, Francken MH, Bron TI i wsp. DIVA-5. Wywiad diagnostyczny ADHD u dorosłych. Diva Foundation, Haga 2019.
 41. Krauss A, Schellenberg C. ADHD symptoms and health-related quality of life of adolescents and young adults. *Eur J Psychol* 2022; 4: 165-174.
 42. Lenroot RK, Gogtay N, Greenstein DK i wsp. Sexual dimorphism of brain developmental trajectories during childhood and adolescence. *Neuroimage* 2007; 36: 1065-1073.
 43. Li T, Mota NR, Galesloot TE i wsp. ADHD symptoms in the adult general population are associated with factors linked to ADHD in adult patients. *Eur Neuropsychopharmacol* 2019; 29: 1117-1126.
 44. Makris N, Buka SL, Biederman J i wsp. Attention and executive systems abnormalities in adults with childhood ADHD: a DTMRI study of connections. *Cereb Cortex* 2008; 18: 1210-1220.
 45. Matthejat F, Remschmidt H. Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen [The inventory for assessing quality of life in children and adolescents ILK]. ILK 2006.
 46. Mikami AY, Hinshaw SP, Patterson KA, Lee, JCh. Eating pathology among adolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Abnorm Psychol* 2008; 117: 225-235.
 47. Miklosi M, Mateo O, Somogyi K i wsp. Adult attention deficit hyperactivity disorder symptoms, perceived stress, and well-being: the role of early maladaptive schemata. *J Nerv Ment Dis* 2016; 204: 364-369.
 48. Nixon E. The Social Competence of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Review of the Literature. *Child Psychol Psychiatry Rev* 2001; 6: 172-180.
 49. Nøvik TS, Hervas A, Ralston SJ i wsp.; ADORE Study Group. Influence of gender on attention-deficit/hyperactivity disorder in Europe – ADORE. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006; 15 (Suppl. 1): 115-124.
 50. Owens EB, Zalecki C, Gillette P, Hinshaw SP. Girls with childhood ADHD as adults: Cross-domain outcomes by diagnostic persistence. *J Consult Clin Psychol* 2017; 85: 723-736.
 51. Quinn PO. Treating adolescent girls and women with ADHD: gender-specific issues. *J Clin Psychol* 2005; 61: 579-587.
 52. Palmer ED, Finger S. An early description of ADHD (inattentive subtype): Dr Alexander Crichton and “Mental restlessness” (1798). *Child Psychol Psychiatry Rev* 2001; 6: 66-73.
 53. Paulson JF, Buermeyer C, Nelson-Gray RO. Social rejection and ADHD in young adults: an analogue experiment. *J Atten Disord* 2005; 8: 127-135.
 54. Pelham WE, Page TF, Altszuler AR i wsp. The long-term financial outcome of children diagnosed with ADHD. *J Consult Clin Psychol* 2019; 88: 160-171.
 55. Psychogiou L, Daley D, Thompson MJ i wsp. Mothers’ expressed emotion toward their school-aged sons: Associations with child and maternal symptoms of psychopathology. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2007; 16: 458-664.
 56. Puder D, Cummings M. ADHD: diagnosis, symptoms and treatment. *Psychiatry & Psychotherapy Podcast* 2018. <https://www.psychiatrypodcast.com/psychiatry-psychotherapy-podcast/adhd-symptoms-diagnosis-treatment>.
 57. Resnick RJ. Attention deficit hyperactivity disorder in teens and adults: they don’t all outgrow it. *J Clin Psychol* 2005; 61: 529-533.
 58. Safren SA, Sprich SE, Cooper-Vince Ch i wsp. Life impairments in adults with medication-treated ADHD. *J Atten Disord* 2010; 13: 524-531.
 59. Sassi RB. Attention-deficit hyperactivity disorder and gender. *Arch Womens Ment Health* 2009; 13: 29-31.
 60. Seiffge-Krenke I. “Emerging Adulthood”: Forschungsbeobachtung objektiven Markern, Entwicklungsaufgaben und Entwicklungsrisiken [“Emerging Adulthood”: research on objective markers, developmental tasks and developmental risk]. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 2015; 63: 165-173.
 61. Sęk H, Ziarko M. Człowiek w sytuacji przewlekłej choroby. *Czas Psychol* 2017; 23: 89-96.
 62. Sibley MH, Evans SW, Serpell ZN. Social cognition and interpersonal impairment in young adolescents with ADHD. *J Psychopathol Behav Assess* 2010; 32: 193-202.
 63. Skovgaard AM. Mental health problems and psychopathology in infancy and early childhood. *Dan Med Bull* 2010; 57: B4193.

64. Słopeń A. Badania asocjacyjne genów kandydujących w zespole nadpobudliwości psychoruchowej i deficytu uwagi (ADHD) z wybranymi funkcjami poznawczymi. Uniwersytet im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu 2011; 22.
65. Solberg BS, Halmøy A, Engeland A i wsp. Gender differences in psychiatric comorbidity: a population-based study of 40 000 adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2018; 137: 176-186.
66. Storebø OJ, Rasmussen PD, Simonsen E. Association between insecure attachment and ADHD. *Environmental Mediating Factors. J Atten Disord* 2016; 20: 187-96.
67. Thomas R, Sanders S, Doust J i wsp. Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics* 2015; 135: 995-1001.
68. Wasserstein J. Diagnostic issues for adolescents and adults with ADHD. *J Clin Psychol* 2005; 61: 535-547.
69. Weiss G, Hechtman LT. *Hyperactive children grown up*. Guilford, New York 1993; 97-99.
70. Wender P. *Attention-deficit hyperactivity disorder in adults*. Oxford University Press, New York 1995.
71. Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics* 2012; 9: 490-499.
72. Wolańczyk T, Komender J. Zaburzenie hiperkinetyczne. W: *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Namysłowska I (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014; 197-213.
73. World Health Organization. *International Classification of Diseases 11th Revision*. The global standard for diagnostic health information. Pobrano z: <https://icd.who.int/en> (20.02.2023).
74. Zorlu A, Unlu G, Cakaloz B i wsp. The prevalence and comorbidity rates of ADHD among school-age children in Turkey. *J Atten Disord* 2020; 24: 1237-1245.
75. Zoromski AK, Owens JS, Evans SW i wsp. Identifying ADHD symptoms most associated with impairment in early childhood, middle childhood, and adolescence using teacher report. *J Abnorm Child Psychol* 2015; 43: 1243-1255.

Otrzymano: 12.01.2023

Zaakceptowano: 8.10.2023