

**Barbara Cygan**

Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

**ADHD a zaburzenia zachowania i osobowość antyspołeczna****Wstęp**

Choć problem ADHD wydaje się już wyczerpanym i omówionym dogłębnie, to jednak nadal jest on przedmiotem badań, ze względu na konsekwencje jakie za sobą niesie. Konsekwencją tą mogą być zaburzenia zachowania i osobowość dyssocjalna. W ślad za nimi idą akty przemocy, agresja, konflikty z prawem, używanie/nadużywanie substancji psychoaktywnych. Procent osób dopuszcza się zbrodni, za które odbywa wyroki w więzieniu. Stąd tak bagatelizowany czasami problem ADHD, określany potocznie jako brak zdolności wychowawczych rodziców, ich nieradzeniem sobie z zachowaniami dziecka z powodu dużej uległości, braku konsekwencji, nabiera nowego oblicza, którego nie wszyscy są świadomi.

U dorosłych ADHD powoduje spadek wydajności zawodowej i niejednokrotnie przyczynia się do powstawania konfliktów międzyludzkich. Można u nich też częściej obserwować występowanie antyspołecznego zaburzenia osobowości (Gałęcki, Pilecki i in., 2018, s. 70–76). Wyniki innych badań dowiodły (za: Butcher i in. 2018, s. 632), że w dorosłym życiu osoby, które w dzieciństwie czy młodości spełniały kryteria ADHD, miały problemy z jawnym agresywnym zachowaniem, nadużywaniem kokainy, dopuszczaniem się czynów kryminalnych. Wymienione zachowania dotyczyły przede wszystkim mężczyzn. Z kolei kobiety były obarczone ryzykiem wystąpienia zachowań antyspołecznych, nałogów, zaburzeń nastroju, lękowych i odżywiania. Stąd w artykule, odwołując się do badań, przybliżono konsekwencje, jakie niesie za sobą ADHD.

**Attention–Deficit Hyperactivity Disorder -ADHD**

W klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego – DSM V (Butcher i in., 2018), zaburzenie z deficytem uwagi i nadaktywnością (*Attention – deficit/ Hyperactivity Disorder, ADHD*) opisywane jest w grupie zaburzeń neurorozwojowych. Zaburzenie to charakteryzuje się obecnością trwałych wzorców zachowania układających się w triadę objawów: problemy z utrzymaniem

uwagi, z kontrolą impulsywności oraz nadmierną lub przesadną aktywność motoryczną (Wolańczyk, Komender 2004; Butcheri.in. 2018).

W DSM-5 kryteria diagnostyczne skupiają się wokół 1) nieuwagi oraz 2) nadaktywności i impulsywności. Zarówno w jednym, jak i w drugim przypadku, sześć (lub więcej) spośród wymienionych objawów musi utrzymywać się przez przynajmniej pół roku w stopniu, który nie jest spójny z wiekiem rozwojowym oraz bezpośrednio wpływa na czynności związane z kontaktami międzyludzkimi oraz szkołą/pracą (Butcher i in. 2018, s. 629). W obowiązującej w krajach europejskich Klasyfikacji ICD-10 ADHD zapisane jest pod symbolem F90, jako „Zaburzenia hiperkinetyczne (zespoły nadpobudliwości ruchowej)”. Dzielone jest na:

#### **F90.0 – Zaburzenie aktywności i uwagi**

Deficyt uwagi:

- zaburzenie z nadmierną aktywnością
- zaburzenie nadmiernej aktywności
- zespół z nadmierną aktywnością

Nie obejmuje: zaburzenie hiperkinetyczne z towarzyszącymi zaburzeniami zachowania

#### **F90.1 – Hiperkinetyczne zaburzenie zachowania**

- Zaburzenie hiperkinetyczne z towarzyszącymi zaburzeniami zachowania

#### **F90.8 – Inne zaburzenia hiperkinetyczne**

#### **F90.9 – Zaburzenie hiperkinetyczne, nieokreślone**

- Hiperkinetyczna reakcja w dzieciństwie lub wieku młodzieńczym BNO
- Hiperkinetyczny zespół BNO

By zdiagnozować omawiane zaburzenie, niektóre z objawów nieuwagi lub nadaktywności i impulsywności muszą występować poniżej 12. roku życia (przyjęto 7 r.ż.), w co najmniej dwóch środowiskach np. w domu i w szkole. Powinny również istnieć dowody świadczące o wpływie objawów na funkcjonowanie społeczne i szkolne czy zawodowe oraz mieć potwierdzenie, że nie występują one wyłącznie w przebiegu schizofrenii lub innego zaburzenia psychiatrycznego.

W okresie przedszkolnym głównym objawem opisywanego zaburzenia jest nadaktywność, a w okresie szkoły podstawowej nieuwaga. W okresie dojrzewania rzadziej występują objawy nadaktywności, a u dorosłych, obok nieuwagi i niepokoju ruchowego, występuje duża impulsywność. U części dzieci wraz z ADHD (Pfiffner 2004; Więcek 2005; Butcher i in. 2018; Kołakowski 2018) diagnozowane są specyficzne trudności szkolne, takie jak kłopoty z czytaniem, pisanem lub z opanowaniem innych podstawowych umiejętności szkolnych.

W kryteriach diagnostycznych DSM-V (Butcher i in. 2018, s. 629) uwzględniono zapis, że objawy ADHD nie są wyłącznie uzewnętrznieniem zachowań opozycyjno-buntowniczych, nieposłuszeństwa, wrogości lub niewłaściwego zrozumienia zadań czy poleceń. Zaś w przypadku osób niemal dorosłych i dorosłych (17 lat i więcej), wymagane jest stwierdzenie występowania przynajmniej pięciu ze wskazanych objawów.

U dzieci z ADHD obserwowane są również zaburzenia snu, lęki dzienne i nocne, moczenie nocne, tiki, natręctwa, onanizm. Cechy dodatkowe, potwierdzające rozpoznanie ADHD, to np. niski próg tolerancji frustracji, drażliwość, chwiejność

nastroju, nienajlepsze wyniki w nauce. W okresie dojrzewania, u dzieci przejawiających ADHD, częściej niż u ich rówieśników, występuje zaburzenie zachowania.

Trudno do końca wyjaśnić przyczyny powstawania ADHD. Wśród czynników ryzyka omawianego zaburzenia, wymienia się czynniki temperamentalne, środowiskowe, genetyczne i fizjologiczne. Próbowano je tłumaczyć mikrouszkodzeniami OUN, powstałymi w czasie ciąży lub porodu, alergiami pokarmowymi na barwniki i konserwanty, nadwrażliwością na cukier, przewlekłym zatruciem ołowiem (Seligman i in. 2006, Namysłowska 2012), bowiem dzieci z wyższym stężeniem ołowiu we krwi, wykazują większą impulsywność, nadpobudliwość i roztargnienie. Z etiologicznego punktu widzenia ADHD można klasyfikować jako zaburzenie o podłożu genetycznym i nabytym. W przypadku podłoża genetycznego, powodem może być niedobór dopaminy i innych czynników idiopatycznych. Nabyta postać ADHD, może mieć natomiast związek z czynnikami prenatalnymi, okołoporodowymi lub poporodowymi.

Wyniki przeprowadzonych badań wykazały (Seligman i in. 2006, Namysłowska 2012), że u dzieci z ADHD zaburzona jest równowaga między wytwarzaniem, przetwarzaniem i funkcjonowaniem dopaminy i noradrenaliny – tzw. substancji przekąźnikowych. Właściwy poziom dopaminy powoduje, że jesteśmy gotowi do odbioru i przetwarzania informacji, a także jesteśmy zdolni do koncentrowania się na jednym bodźcu np. na jednym zadaniu. Właściwy poziom noradrenaliny pozwala na szybkie rozpoznanie bodźca, który może być zagrożeniem i mobilizuje organizm do działania. Niedobór noradrenaliny może powodować, że organizm cały czas jest pobudzony, bez konkretnego zamiaru działania. Jak podaje I. Namysłowska (2012), obecnie uważa się, że przyczyną ADHD najczęściej jest organiczne (strukturalne) uszkodzenie mózgu na skutek działania patologicznych czynników.

Bez względu na przyczyny powstania zaburzenia, dziecko z ADHD wymaga pomocy w organizacji świata zewnętrznego, stałego systemu norm i zasad, stymulowania rozwoju zdolności do samokontroli i usprawniania procesów poznawczych. Konieczna jest też praca nad jego samooceną, której prowadzenie jest podstawowym elementem profilaktyki wtórnych objawów ADHD (Pawlak, 2013, s. 242). Podstawowymi elementami postępowania terapeutycznego są:

- psychoedukacja, czyli przekazanie informacji na temat objawów i podstawowych sposobów postępowania z dzieckiem. Optymalnym rozwiązaniem jest zapewnienie psychoedukacji nie tylko rodzicom, ale także innym osobom, które biorą udział w opiece nad dzieckiem (nauczycielom, wychowawcom, członkom rodziny);
- interwencje behawioralne, stosowane przez rodziców, opiekunów i nauczycieli. Są to określone sposoby postępowania w sytuacji problematycznych zachowań dziecka, a także metody pomagające mu w zwiększeniu efektywności koncentracji. Opiekunowie dziecka uczą się stosować te metody w ramach tzw. treningów rodzicielskich lub indywidualnych spotkań z lekarzem lub psychologiem prowadzącym, a nauczyciele podczas przeznaczonych dla nich warsztatów.

W przypadku dzieci w wieku przedszkolnym, psychoedukacja i interwencje behawioralne zwykle okazują się wystarczające. Dodatkowo, uzupełniającymi metodami terapeutycznymi, są:

- psychoterapia indywidualna dziecka – szczególnie w przypadku towarzyszących zaburzeń emocjonalnych, lękowych, niskiej samooceny,
  - terapia rodzinna – zwłaszcza jeśli w rodzinie dochodzi do konfliktów i napięć między jej członkami,
  - treningi umiejętności społecznych, treningi radzenia sobie ze złością i agresją
- szczególnie u dzieci, które mają problemy w funkcjonowaniu społecznym, przejawiają zachowania gwałtowne i agresywne,
- ćwiczenia i treningi skierowane na przetrwanie specyficznych trudności z opanowywaniem umiejętności szkolnych, zaburzeń koordynacji ruchowej, zaburzeń koncentracji (np. integracja sensoryczna, biofeedback).

Bardzo ważne, choć nie pierwszoplanowe miejsce w terapii ADHD, zajmuje farmakoterapia. Należy ją rozważyć w następujących sytuacjach: 1) gdy modyfikacje metod wychowawczych i systemu nauczania oraz interwencje behawioralne nie przynoszą zadowalających efektów; 2) przy dużym nasileniu objawów, lub w przypadku współwystępowania innych zaburzeń psychicznych; 3) jeśli z powodu objawów ADHD, dziecko radzi sobie z nauką znacznie gorzej, niż wynikałoby to z jego możliwości intelektualnych. Leczenie farmakologiczne w ADHD jest leczeniem objawowym. Oznacza to, że leki zmniejszają objawy, ale nie usuwają przyczyny zaburzenia i ich działanie widoczne jest wtedy, gdy pacjent je przyjmuje.

## **ADHD i jego konsekwencje psychospołeczne**

Jeśli dzieci z ADHD nie otrzymają w odpowiednim czasie specjalistycznej pomocy, to może to skutkować negatywnymi konsekwencjami psychospołecznymi. Częściej zachowują się one bowiem agresywnie, doświadczają niepowodzeń szkolnych, sięgają po środki odurzające, naruszają normy obyczajowe i prawne (Kazdin, Weisz, 2006). U dzieci tych często, choć nie zawsze, występują zaburzenia zachowania. Ich współwystępowanie z ADHD, zgodnie z danymi literatury przedmiotu, pogarsza rozwój dziecka i jego szkolne, społeczne i rodzinne funkcjonowanie. Zwiększa tym samym prawdopodobieństwo popadnięcia w konflikt z prawem, uzależnienia od substancji psychoaktywnych. W łagodniejszej postaci są to: wybuchy złości, ciągłe wyklócanie się, nieprzestrzeganie reguł społecznych, stałe obwinianie innych, złośliwe i mściwe zachowanie, częste używanie przekleństw. W pełnym obrazie są to: kradzieże, kłamstwa, umyślne podpalenia, niszczenie cudzej własności, znęcanie się fizyczne nad innymi osobami czy zastraszanie. B. Pastwa-Wojciechowska (2019, s. 86) zaznacza, że współwystępowanie zaburzeń zachowania i ADHD jest jednym z najczęstszych problemów, z którymi spotykają się psycholodzy i psychiatry.

Dzieci te przejawiają również objawy niedostosowania społecznego, które w tym przypadku są wtórne do pierwotnych objawów diagnostycznych. Niedostosowanie społeczne u dzieci z ADHD może stopniowo ewoluować. Na początku, we wczesnym dzieciństwie, obserwujemy zachowania opozycyjno-buntownicze (Jensen i in. 1997), następnie jeśli rozwój niedostosowania społecznego nie zostanie zahamowany, obserwujemy zaburzenia zachowania (Barkley i in., 1991). Dalszym ciągiem tego łańcuszka jest niedostosowanie społeczne, a za końcowe ogniwo należy uznać przestępczość nieletnich (Urban, 2000). Aby zapobiec rozwojowi niedostosowania

społecznego u dzieci z ADHD, należy skoncentrować się w pracy z tymi osobami na takich objawach jak impulsywność, słabe umiejętności organizacyjne oraz należy pamiętać, aby wydawane polecenia były zrozumiałe i składały się z krótkich stwierdzeń (Opora, 2011, s. 278).

Współwystępowanie ADHD z zaburzeniem opozycyjno-buntowniczym może sprawiać kłopoty wychowawcze, gdyż wówczas występują problemy z odróżnieniem aktów złej woli od niezamierzonych skutków niepowodzeń. Natomiast dzieci z ADHD, u których doszło do wykształcenia się zaburzeń zachowania, zazwyczaj sprawiają swoim wychowawcom jeszcze większe problemy, a praca z nimi stanowi próbę cierpliwości dla opiekunów. Wykazują skłonności do łamania norm społeczno-obyczajowych i prawnych (Opora, 2011, s. 276).

Późno zdiagnozowane ADHD lub nieprawidłowo przebiegający proces terapii (czy też pozbawienie jej dziecka, osoby młodej), może skutkować zaburzeniami zachowania. Należy jednak mieć na uwadze, że nie każde zachowanie, które pojawia się u dziecka, i z którym nie jesteśmy sobie w stanie poradzić, jest przejawem ADHD czy innego zaburzenia z obszaru zaburzeń zachowania. Stąd konieczna jest znajomość kryteriów diagnostycznych poszczególnych zaburzeń, by móc wcześniej podjąć interwencję oraz wdrożyć pomoc psychologiczno-pedagogiczną. Pozwoli to na uniknięcie, lub zmniejszenie problemów z funkcjonowaniem społecznym tych dzieci oraz usprawni przebieg procesu dydaktyczno-wychowawczego.

### **Zaburzenia zachowania – terminologia i klasyfikacja**

Martin E. P. Seligman i in. (2006, s. 374–375) pisze o zaburzeniach zachowania nazywając je destrukcyjnymi i wskazuje ich trzy typy: 1) zaburzenia zachowania (CD), które charakteryzuje się trwałym zachowaniem, polegającym na pogwałceniu praw innych osób i podstawowych norm społecznych. Dzieci z zaburzeniem zachowania często popadają w konflikt z prawem, a niektóre z nich stają się przestępcami. 2) zaburzenie opozycyjno-buntownicze (ODD), w którym nie dochodzi do pogwałcenia praw innych a obejmuje ono brak posłuszeństwa. Dzieci prezentują wzorzec zachowań negatywistycznych, wrogich i buntowniczych. 3) zespół deficytu uwagi z nadrucliwością (ADHD), które charakteryzuje się impulsywnością, brakiem uwagi i nadpobudliwością. Jest to najczęściej diagnozowane zaburzenie u dzieci przed rozpoczęciem okresu dojrzewania.

W literaturze termin „zaburzenie” stosowany jest głównie przez psychiatrów, psychologów, pedagogów czy socjologów, zazwyczaj w kontekście analizy problemów stwarzanych przez dzieci i młodzież w warunkach szkoły i różnorodnych instytucji wychowawczych (Urban 2000, s. 16). Badający to zjawisko, zaburzenie/a zachowania określają jako odchylenie od normy w zachowaniu się danego dziecka, przy czym przez normę rozumiane są zasady moralne, obyczaje i zwyczaje przyjęte w danym środowisku. Stopień odchylenia od tej normy, świadczy o sile bądź zaawansowaniu zaburzenia (Konopnicki 1964, s. 28). Innymi słowy, o zaburzeniu zachowania można mówić wówczas, gdy zachowanie nieadekwatne do sytuacji staje się regułą, a dziecko w różnych sytuacjach prezentuje stały stereotyp zachowania (Karasowska 2006, s. 6). Stąd o zaburzeniach zachowania możemy

mówić dopiero wówczas, gdy łamanie norm funkcjonowania społecznego staje się stałym, niezmiennym modelem zachowania, zwłaszcza jeśli towarzyszy temu element okrucieństwa. W przypadku młodszych dzieci (przed 10. r.ż.), można mieć do czynienia z bójkami bądź agresywnymi zachowaniami wobec zwierząt, w późniejszym okresie (adolescencja) z napaścią bezpośrednio zagrażającą życiu i zdrowiu innych ludzi (Domurat, 2016, s. 43). Innymi słowy, o zaburzeniu zachowania można mówić wówczas, gdy zachowanie nieadekwatne do sytuacji staje się regułą, a dziecko w różnych sytuacjach prezentuje stały stereotyp zachowania (Karasowska 2006, s. 6).

W amerykańskiej klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych DSM-5 (2013), zaburzenie/a zachowania zamieszczono w grupie wraz z zaburzeniami niszczytel-skimi i kontroli impulsów, uznając je wszystkie za stany, które wyróżniają się osłabieniem samokontroli emocji i zachowania. Prowadzą one też do pogwałcenia dóbr i praw innych ludzi i/lub powodują konflikty z normami społecznymi oraz osobami darzonymi powszechnym szacunkiem (Gałecki, Pilecki i in. 2018, s. 561). W grupie tej umieszczono również zaburzenie opozycyjno-buntownicze (ODD), okresowe zaburzenie eksplozywne oraz antyspołeczne zaburzenie osobowości.

Zaburzenie zachowania będąc przewlekłym i powtarzającym się sposobem zachowania, naruszającym podstawowe prawa innych osób lub ustalone dla danej grupy wiekowej normy społeczne i zasady, powoduje istotne klinicznie upośledzenie funkcjonowania szkolnego i społecznego. Zakłada też występowanie co najmniej trzech, spośród piętnastu objawów, z kategorii wymienionych poniżej. Muszą one utrzymywać się w okresie 12 miesięcy, z czego co najmniej jeden z objawów, musi wystąpić w ciągu ostatnich sześciu. Są to:

- agresja wobec ludzi i zwierząt: częste znęcanie się nad innymi, grożenie im i upokarzanie; częste inicjowanie bójek; używanie broni; okrutne zachowania wobec innych ludzi i wobec zwierząt; kradzieże w obecności ofiary; zmuszanie innych do czynności seksualnych;

- niszczenie własności: aktywne działania w celu wywołania pożarów (z zamiarem spowodowania poważnych szkód); celowe niszczenie cudzej własności;

- oszustwa i kradzieże: włamywanie się do cudzego mieszkania, samochodu; częste kłamstwa w celu osiągnięcia dóbr, korzyści lub w celu uniknięcia wywiązania się z zobowiązań; kradzieże przedmiotów o znacznej wartości pod nieobecność ich właścicieli;

- poważne naruszanie zasad: późne powroty do domu przez osoby poniżej 13 roku życia, pomimo zakazu rodziców; ucieczki z domu (rodzinnego bądź z domu rodziny zastępczej), które miały miejsce co najmniej raz, bez wracania przez dłuższy czas; częste wagarowanie przed 13 rokiem życia;

Zaburzenie zachowania może przybierać następujące postaci:

- z początkiem w dzieciństwie – charakterystyczne objawy występują przed 10. rokiem życia – często przebiega uporczywie i utrzymuje się do wieku dorosłego (zwykle występuje u osób płci męskiej, wiąże się z agresją wobec innych i nieprawidłowymi relacjami rówieśniczymi; często współwystępuje zaburzenie z deficytem uwagi i ADHD, oraz inne problemy neurorozwojowe);

– z początkiem w wieku dorastania – objawy nie występują przed 10. rokiem życia (mniej zachowań agresywnych i lepsze relacje rówieśnicze niż u osób z początkiem zaburzeń w dzieciństwie; rzadziej trwa do wieku dorosłego);

– z początkiem nieokreślonym – spełnione są kryteria dla rozpoznania zaburzenia, natomiast brak jest wystarczających informacji na temat momentu wystąpienia pierwszych objawów.

Dzieci z początkiem zaburzeń w dzieciństwie, zaczynają wykazywać lekkie problemy z zachowaniem już w okresie przedszkolnym i wczesnoszkolnym, przy czym z czasem podnosi się stopień ich ciężkości i częstotliwości. Wzrasta także prawdopodobieństwo, że problemy te będą występować w okresie dorastania i dorosłości. Dzieci o wczesnym początku zaburzeń zachowania, cechuje między innymi niższy poziom inteligencji, istotnie wyższy poziom wskaźników ADHD, bardziej dysfunkcjonalne środowisko rodzinne, wyższe wskaźniki psychopatologii rodziców, konfliktów rodzinnych i dysfunkcjonalnych praktyk wychowawczych w rodzinie (Groth 2010 za: Pastwa-Wojciechowska 2019, s. 72). Z kolei grupa z początkiem zaburzeń zachowania w okresie adolescencji, nie wykazuje znaczących problemów w dzieciństwie, a zachowania antyspołeczne czy przestępcze tych osób, zwykle pozostają ograniczone do okresu dojrzewania.

Nie u każdego dziecka występują tego samego typu zaburzenia zachowania. Wyróżnia się różne ich rodzaje. Wśród nich:

– ograniczone do występowania w środowisku rodzinnym – problemy występują wyłącznie w domu, najczęściej w rodzinach skonfliktowanych; nieudolnych wychowawczo; zaburzonych socjopatycznie i emocjonalnie;

– z nieprawidłową socjalizacją – problemom w domu towarzyszy nieprawidłowe budowanie relacji z innymi dziećmi; brak trwałych i pozytywnych interakcji z grupą;

– z prawidłową socjalizacją – dziecko przejawia zaburzenia zachowania, ale dobrze funkcjonuje wśród rówieśników; często natomiast ma złe relacje z dorosłymi autorytetami;

– zaburzenia opozycyjno-buntownicze – w ich przebiegu nie stwierdza się wyjątkowo nasilonych zachowań agresywnych; można stwierdzić natomiast zachowania negatywistyczne, nieposłuszne, wrogie w stosunku do autorytetów (ICD-10 2008; Kołakowski, 2018).

## **ADHD, zaburzenia zachowania, zachowania antyspołeczne w świetle badań**

Dzieci z zaburzeniami zachowania stanowią grupę, która jest szczególnie narażona na wystąpienie antyspołecznego zaburzenia osobowości w wieku dorosłym. Do predyktorów osobowości dyssocjalnej, których należy szukać już w dzieciństwie, zalicza się między innymi: zaburzenia zachowania, ADHD, wysoki poziom agresji, trudności w nawiązywaniu lub brak kontaktów z rówieśnikami, kontakt z rówieśniczymi grupami przestępczy (za: Juszcak, Korzeniewski, 2016, s. 14). Do czynników pozwalających przewidzieć, które dzieci z trwałym zaburzeniem zachowania zejdą na drogę przestępstwa, należą również: większa częstotliwość aktów dewiacji w dzieciństwie, duża różnorodność problemów z zachowaniem, problemy

z zachowaniem w różnych środowiskach, współwystępowanie zaburzeń zachowania z takimi cechami, jak impulsywność i niedobór poznawczy (za: Seligman i in., 2006, s. 377). Głównym czynnikiem sprzyjającym rozwojowi osobowości antyspołecznej jest okrucieństwo, wrogość lub obojętność okazywana dziecku przez rodziców. Taka postawa może być źródłem dostarczania jednostce niewłaściwego modelu zachowania, który w konsekwencji będzie powielany w późniejszych relacjach interpersonalnych. Tendencje antyspołeczne mogą się rozwijać u jednostek, które wzrastały w niewłaściwym modelu zachowania, zaniedbanych, pozostawionych samym sobie, pozbawionych właściwych wzorów do naśladowania. W takich sytuacjach mogą się opierać na modelach przypadkowych, zaobserwowanych w swoim środowisku, niekoniecznie konstruktywnych (Ostafińska-Molik, 2014, s. 107).

Korelacja między zaburzeniami zachowania a osobowością antyspołeczną jest silniejsza w przypadku dzieci pochodzących z niższych klas społeczno-ekonomicznych (Lahley, Loeber, Burke i Applegate, 2005). Ponadto wystąpienie zaburzeń zachowania przed ukończeniem piętnastego roku życia, stanowi kryterium diagnostyczne aspołecznego zaburzenia osobowości. Badania sugerują, że dotyczy to około 40% nastolatków z diagnozą zaburzeń zachowania (Seligman i in, 2003; Lahey, Loeber, Burke, Applegate 2005; Copeland, Miller-Johnson, Keeler, Angold i Costello, 2007). To wszechstronność problemów początkowo związanych z zaburzeniem opozycyjno-buntowniczym, a potem zaburzeniem zachowania – tworzy wzorzec, który kojarzy się z diagnozowaną u dorosłych psychopatią lub osobowością antyspołeczną (Butcher i in., 2018, s. 635).

B. Pastwa-Wojciechowska (2019, s. 81) przytacza wyniki badań badające korelację pomiędzy zaburzeniami zachowania a innymi zaburzeniami psychicznymi. Dowodzą one, że współwystępowanie ADHD oraz zaburzeń zachowania i/lub zaburzeń opozycyjno-buntowniczych, przyczynia się do znacznie częstszego diagnozowania w wieku dorosłym u tych osób psychopatii, zaś w wieku młodzieńczym prezentują one liczne formy zachowań antyspołecznych. Badania nad wspomnianą zależnością rozpoczął Donald R. Lynam (za: Pastwa-Wojciechowska, 2019, s. 81), który dowiódł, że dzieci zarówno z diagnozą ODD/CD, jak i ADHD, znacznie częściej prezentują zachowania antyspołeczne oraz występuje u nich większa liczba neuropsychologicznych korelatów tych zachowań, takich jak: słabe, pasywne uczenie się; korowe pobudzenie; deficyty funkcji wykonawczych, co obserwowane jest również u dorosłych z psychopatycznymi zaburzeniami osobowości. Inne badania (Frick, 1998, 2000, 2005, 2008, za: Pastwa-Wojciechowska, 2019, s. 81) dowiodły, że identyfikowanie przejawów psychopatii w dzieciństwie, powinno koncentrować się w szczególności na takich cechach, jak brak poczucia winy, brak empatii, płytkie i ograniczone doznawanie emocji, które to cechy występują u dorosłych z psychopatycznymi zaburzeniami osobowości.

J.N. Butcher i in. (2018) analizując dostępne wyniki badań w tym zakresie stwierdzili, że tego rodzaju zaburzona osobowość rozwija się u około 25–40% dorosłych, u których dość wcześnie pojawiły się oznaki zaburzeń zachowania, a u ponad 80% chłopców ze zdiagnozowanym na wczesnym etapie zaburzeniem zachowania,



w dalszym życiu utrzymują się liczne dysfunkcje społeczne (dotyczące przyjaźni, relacji intymnych, działań zawodowych).

Mniejsze ryzyko wykształcenia się osobowości antyspołecznej w życiu dorosłym dotyczy tych osób, u których zaburzenie zachowania wystąpiło w wieku młodzieńczym nagle. Problemy u tych osób mijają wraz z wiekiem. Nie występują u nich również te same czynniki ryzyka, które dotyczą przypadków zaburzeń zachowania na wczesnym etapie rozwoju. Do czynników tych (wspomnianych i opisanych w poprzednim rozdziale), zalicza się niską inteligencję werbalną, deficyty neuropsychologiczne, impulsywność czy problemy z uwagą (Butcher i in. 2018, s. 635).

M.E.P. Seligman (2006) przytacza przeprowadzone w latach 80. i 90. XX w. badania, których wyniki pozwoliły na wyłonienie kilku podtypów zaburzeń zachowania. Jeden z nich odnosi się do dzieci z trwałymi tendencjami antyspołecznymi i agresywnymi w okresie od dzieciństwa do wkroczenia w wiek dorosły. Analiza wyników badań, na które powołuje się Autor dowiodła, że około połowa dzieci spełniających kryteria diagnostyczne zaburzeń zachowania, zostaje w efekcie sklasyfikowana jako młodociani przestępcy. Około 30–40 % tych dzieci w wieku dorosłym ma zdiagnozowane aspołeczne zaburzenia osobowości (za: Seligman i in., 2006, s. 376–377). Inny podtyp obejmuje osoby, które nie zostały sklasyfikowane jako młodociani przestępcy, lecz u których w okresie dzieciństwa obserwuje się problemy z zachowaniem, i którzy cały czas doświadczają trudności w funkcjonowaniu społecznym. Do kolejnego podtypu zaburzeń zachowania zaliczono te osoby, u których w dzieciństwie nie stwierdza się niepokojących zachowań, lecz pojawiają się one dopiero w okresie dorastania, jako sposób na podkreślenie swojej niezależności.

B. Pastwa-Wojciechowska (2019, s. 74) przytacza badania, które dowodzą zależności między psychopatią a zachowaniami opozycyjno-buntowniczymi. Spośród 120 dzieci w wieku 6-13 lat, wyłoniono dwie grupy. W pierwszej znalazły się dzieci spełniające kryteria zaburzeń zachowania lub zachowań opozycyjno-buntowniczych o wysokim poziomie impulsywności i niskim nasileniu cech chłodu i aemocjonalności. W drugiej grupie znalazły się dzieci o cechach zaburzeniami zachowania i zachowań opozycyjno-buntowniczych, których impulsywności towarzyszył wysoki poziom chłodu i aemocjonalności. Następnie dokonano podziału dzieci ze względu na obecność wymienionych cech na podgrupę charakteryzującą się zachowaniem impulsywnym oraz grupę o zachowaniu psychopatycznym. Okazało się, że w grupie o zachowaniu psychopatycznym, występowała większa różnorodność symptomów zaburzeń zachowania i zachowań opozycyjno-buntowniczych oraz niemal trzykrotnie wyższy wskaźnik konfliktu z policją. Związek cech chłodu i aemocjonalności ze skłonnością do łamania prawa, został potwierdzony w kolejnych badaniach. Ich wyniki ukazały, że wskaźniki podwyższonych cech chłodu, były istotnie wyższe w grupie chłopców, u których antyspołeczne zachowanie zaczynało się wcześniej (przez 10. r.ż.) niż w grupie o początku problematycznych zachowań w adolescencji.

Jak można zauważyć ADHD, zaburzenia zachowania i zaburzenia dyssocjalne są tymi, które przeplatają się ze sobą i tworzą swego rodzaju kontinuum. Stąd tak ważnym staje się odpowiedzialne podejście do problemu zachowania dziecka. Podejmowane działania psychoedukacyjne, terapeutyczne, farmakologiczne mają na celu pomóc dziecku i zapobiec pogłębieniu się zaburzenia.

## Podsumowanie

Problem zaburzeń ADHD nabiera nowego wymiaru, jeśli spojrzymy na niego globalnie, nie tylko przez pryzmat trudności, które obserwujemy u dziecka. Niesie on bowiem za sobą długotrwałe konsekwencje, które mogą prowadzić do bardzo poważnych skutków. Lekceważenie objawów, bagatelizowanie ich, twierdzenie, że „dziecko wyrośnie”, zaniechanie terapii specjalistycznych czy farmakoterapii może nieść za sobą katastrofalne skutki. Problemy z funkcjonowaniem dziecka z ADHD mają to do siebie, że nie zanikają same, lecz z wiekiem oraz czasem pogłębiają się, stając się trudnymi do opanowania. Dlatego tak ważnym jest uświadamianie rodziców, terapeutów, nauczycieli i specjalistów, że ADHD to nie wymysł lecz poważny problem, z którym mamy coraz częściej do czynienia.

## Bibliografia

- Barkley R.A. i in. (1991). Adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: patterns of behavioral adjustment, academic functioning, and treatment utilization. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, nr 30, s. 752–761.
- Butcher J.N., Hooley J.M., Mineka S. (2018). *Psychologia zaburzeń*. Sopot: GWP.
- Copeland W.E., Miller-Johnson S., Keeler G., Angold A., Costello E.J. (2007). Zaburzenia psychiczne dzieci i przestępczość młodych dorosłych: prospektywne badanie populacyjne. *American Journal of Psychiatry*, 164 (11), s. 1668–1675.
- Domurat M. (2016). Zaburzenia zachowania. W: M. Jerzak (red.). *Zaburzenia psychiczne i rozwojowe u dzieci a szkolna rzeczywistość*. Warszawa: PWN, s. 41–55.
- Gałecki P., Pilecki M., Rymaszewska J., Szulc A., Sidorowicz S., Wciórka J. (red.). (2018). *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5*. Wrocław: Edra Urban & Partner.
- Jensen P.S., Martin D., Cantwell D.P. (1997). Comorbidity of ADHD: implications for research, practice, and DSM-V. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, nr 36, s. 1065–1079.
- Juszczak D., Korzeniewski K. (2016). Analiza wybranych czynników psychospołecznych i psychopatologicznych u sprawców przestępstw seksualnych z trwałymi anomaliami osobowości. *Seksuologia Polska*, 14 (1), s. 13–18.
- Karasowska A. (2006). *Jak wychowywać i uczyć dzieci z zaburzeniami zachowania*. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Kazdin A.E., Weisz J.R. (2006). *Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kołąkowski A. (2018). Kliniczny obraz zaburzeń zachowania. W: A. Kołąkowski (red.), *Zaburzenia zachowania u dzieci. Teoria i praktyka*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Konopnicki J. (1964). *Zaburzenia w zachowaniu się dzieci i środowisko*. Warszawa: PWN.
- Lahey B.B., Loeber R., Burke J.D., Applegate B. (2005). Przewidywanie przyszłych zaburzeń osobowości antyspołecznej u mężczyzn na podstawie oceny klinicznej w dzieciństwie. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (3), s. 389–399.
- Namysłowska I. (2012). *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo: PZWL.

- Opora R. (2011). Zaburzenia uwagi a niedostosowanie społeczne. *Resocjalizacja Polska*, nr 2, s. 275–285.
- Pastwa-Wojciechowska B. (2011). Psychologiczno-psychiatryczna problematyka psychopatii a potrzeby i praktyka opiniodawstwa w procesie stosowania prawa. *Chowanna*, 2, s. 159–177.
- Pastwa-Wojciechowska B., (2019). *Psychopaci sprawcy przestępstw seksualnych*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Pawlak P. (2013). *Dzieci z ADHD i ich rodzeństwo*. Kraków: Impuls.
- Piffner L.J. (2004). *Wszystko o ADHD. Kompleksowy, praktyczny przewodnik dla nauczycieli*. Warszawa: Wydawnictwo Zysk i Spółka
- Seligman EP., Walker E.F., Rosenhan D.L (2006). *Psychopatologia*. Warszawa: Wydawnictwo: Zysk i Spółka.
- Urban B. (2000). *Zaburzenia w zachowaniu a przestępczość młodzieży*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Wiącek R. (2005). *Dzieci nadpobudliwe psychoruchowo w wieku przedszkolnym. Program terapii i wspomagania rozwoju oraz scenariusze zajęć*. Kraków: Impuls.
- Wolańczyk T. Komender J. (2004). Zaburzenia hiperkinetyczne. W: I. Namysłowska (red.). *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo PZWL, s. 197–212.

## **The association between ADHD and behavioral and personality disorders**

### **Abstract**

The article discusses the problem of functioning of people with ADHD. The author emphasizes the importance of early diagnosis and therapeutic intervention when the first symptoms appearing. The ADHD belongs to the group of neurodevelopmental disorders and its symptoms last a lifetime. Lack of appropriate treatment often leads to behavioral and personality disorders, affecting the professional, family and social life of people with ADHD.

**Keywords:** ADHD, behavioral disorders, antisocial personality, aggression