

# Spektrum zaburzeń zachowania w obrazie ADHD

Małgorzata Lipowska\*

Instytut Psychologii, Uniwersytet Gdański

Anna Rasmus

Instytut Psychologii, Uniwersytet Gdański

## SPECTRUM OF CONDUCT DISORDER IN ADHD

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is the most common neurodevelopmental disorder observed during childhood. Children with ADHD have many cognitive and behavioural problems associated with poor inhibition mechanisms, impulsivity, inattention and hyperactivity. ADHD is frequently associated with other developmental and behavioural childhood disorders especially with oppositional defiant disorder (ODD), conduct disorder (CD) and dyslexia. Because of high level of externalizing and uncontrolled behavior, ADHD is even often mistaken with oppositional defiant disorder (ODD). The results of research with 62 ADHD pupils from 4th to 6th grade and 62 pupils with no deficits diagnosed, matching the clinical group in terms of age, show that impulsivity is strongly related to behaviors from ODD spectrum. Also emotionality as a temperamental trait is related to intensity of antisocial behaviors.

**Key words:** ADHD, ODD, CD, comorbidity, mistaken diagnosis

## WPROWADZENIE

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej to popularny w Polsce termin, który dotyczy zaburzenia określanego zgodnie z obowiązującą w Europie klasyfikacją ICD-10 (WHO, 1992) jako „zespół hiperkinetyczny” (*Hyperkinetic Disorder* – HK). Jednakże w Polsce, podobnie jak i na świecie, znacznie częściej stosowany jest skrót ADHD, będący akronimem nazwy wywodzącej się z klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-IV-TR – APA, 2000) – zespół zaburzeń uwagi z nadaktywnością (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*). ADHD jest jednym z najpowszechniej występujących zaburzeń neurorozwojowych wśród dzieci w wieku szkolnym. Jest również zaburzeniem stosunkowo wcześniej diagnozowanym, bo już między 6 a 9 rokiem życia dziecka. Wprawdzie kryteria zawarte w obu klasyfikacjach nie są identyczne, to jednak są bardzo zbliżone i wskazują, że nadpobudliwość psychoruchowa to zaburzenie cechujące się trudnościami z koncentracją uwagi, nadruchliwością i impulsywnością w stopniu utrudniającym funkcjonowanie dziecka bądź w stopniu niewspółmiernym do jego rozwoju. Pełen obraz ADHD to kompilacja wszystkich trzech objawów, które jednak nie muszą występować w identycznym nasileniu u konkretnych

dzieci, co jest m.in. podstawą do diagnozy nieuważnego i impulsywno-nadruchliwego podtypu ADHD (APA, 2000).

Badania populacji klinicznej wskazują, że zespół nadpobudliwości psychoruchowej rzadko występuje jako „czysta forma”, czyli bez współistniejących zaburzeń. Najczęściej współwystępują z nim zaburzenia opozycyjno-buntownicze (*oppositional defiant disorder* – ODD), które współdiagnozuje się w 30–76% przypadków (Barkley, 2006), dysleksja (25–40%; Lipowska, 2011) oraz zaburzenia zachowania (*conduct disorder* – CD) dotyczące łącznie 14–46% dzieci (Kolakowski, 2005). Na uwagę zasługuje fakt bardzo wyraźnego rozrzutu danych epidemiologicznych, dodatkowo w wielu pracach można spotkać się z łącznym traktowaniem zaburzeń opozycyjno-buntowniczych i zaburzeń zachowania ujmowanych wtedy jako problemem typu ODD/CD, co oczywiście podnosi jeszcze wskaźnik współchorobowości. Właśnie taka kombinacja współwystępowania zaburzeń jest szczególnie wyzwaniem dla terapeutów.

Zaburzenie opozycyjno-buntownicze (ODD) jest jednym z najczęściej diagnozowanych problemów natury psychiatrycznej (Boylan i wsp., 2007). Zgodnie z ICD-10 (WHO, 1992) zaburzenia opozycyjno-buntownicze są jednym z 6 wyodrębnionych w tej klasyfikacji zaburzeń zachowania (*conduct disorder*). Odróżnia się je m.in. od zaburzeń zachowania ograniczonych do środowiska rodzinnego, zaburzeń zachowania z nieprawidłowym procesem socjalizacji lub prawidłowym procesem socjalizacji. O zaburzeniach opozycyjno-buntowniczych możemy mówić gdy u dziecka odnotowuje się występowanie

\* Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Małgorzata Lipowska, Instytut Psychologii, Uniwersytet Gdański, ul. Bażyńskiego 4, 80-952 Gdańsk.  
e-mail: malgorzata.lipowska@ug.edu.pl

nie minimum czterech z ośmiu objawów kryterialnych przez co najmniej 6 miesięcy. Zachowania opozycyjno-buntownicze charakteryzują się przede wszystkim nasilonym buntowniczym, nieposłusznym, niszczyielskim zachowaniem, które nie obejmuje czynów przestępczych lub bardziej skrajnych form zachowania agresywnego bądź aspołecznego. Przede wszystkim w opisie objawów zwraca się uwagę na występowanie utrwalonego wzorca zachowania buntowniczego, prowokacyjnego, negatywnego i niszczyielskiego, które przekracza normy zachowania dla wieku i kontekstu społeczno-kulturowego. W procesie diagnozy podkreśla się także skłonność do złości, urazów, reagowania zdenerwowaniem wobec innych osób, niski próg tolerancji na frustrację, łatwą utratę panowania nad sobą (Pużyński i Wciórka, 2000, s. 223).

Klasyfikacja DSM-IV-TR (APA, 2000) nieco odmiennie definiuje i klasyfikuje poszczególne typy zaburzeń zachowania. Termin zaburzeń zachowania odpowiada tu dwóm zaburzeniom – *Opposite Defiant Disorder* (ODD) (odpowiadają im zaburzenia zachowania polegające na opozycyjnym przeciwstawianiu się wyodrębnione jako oddzielna jednostka w ICD – 10) i *Conduct Disorder* (CD) (któremu odpowiadają pozostałe typy zaburzeń zachowania wyróżnione w ICD-10). Pomimo różnic dotyczących szczegółowego opisu symptomów, zarówno klasyfikacja ICD-10, jak i DSM-IV-TR w zbliżony sposób traktują to zaburzenie.

Współwystępowanie ADHD oraz ODD/CD jest tak istotnym problemem zarówno diagnostycznym jak i terapeutycznym, że nawet w samej klasyfikacji DSM-IV-TR wskazuje się na nie. Mimo iż, zjawisko współwystępowania jest powszechne, nadal jest wyjaśniane przez specjalistów różnych dyscyplin naukowych (Żechowski i wsp., 2007). Istnieje kilka hipotez tłumaczących współwystępowanie zaburzeń, część z nich zakłada wręcz że jest to raczej artefakt niż prawidłowość diagnostyczna. Przykładem może być koncepcja, która zakłada, iż u podstaw podwójnej diagnozy leżeć może opisowy charakter stosowanych obecnie klasyfikacji medycznych. Jako dowód wskazuje się fakt podwojenia liczby odrębnych diagnoz pomiędzy DSM-II i DSM-IV, a co się z tym wiąże lawinowy wzrost mnogich rozpoznań (Pinkus i wsp., 2004). Zdarza się również, że niektóre zachowania dziecka uznaje się za symptomatyczne dla więcej niż jednego zaburzenia np. problemy z samokontrolą i zachowania impulsywne, co powoduje nakładanie się na siebie ich obrazów klinicznych i stawianie podwójnej diagnozy. Oczywiście wskazuje się na pojawianie się zaburzeń wtórnych, które mogą być powikłaniem pierwotnych. Właśnie takie podejście często dotyczy wyjaśniania relacji ADHD i zaburzeń zachowania (CD), gdzie często wskazuje się, że CD są powikłaniem nadpobudliwości psychoruchowej (Angold i wsp., 1999). Dzieci nadaktywne swoim impulsywnym zachowaniem wywołują niezadowolenie i frustrację w otoczeniu oraz są ciągle strofowane. Nie mogą dostosować się do wymogów społecznych, zaczynają celowo źle się zachowywać, potwierdzając przekonania dorosłych,

że są zwyczajnie niegrzeczne czy źle wychowane. Takie przekonanie o wtórnym pojawieniu się CD pozostaje jednak w sprzeczności z danymi wskazującymi na istotny udział czynnika genetycznego w etiologii zaburzeń zachowania (Borkowska, 2004).

Pomimo prowadzenia wielu badań nadal brak jest jednoznacznych danych tłumaczących podłoże relacji ADHD i zachowań opozycyjno-buntowniczych (ODD). Problem ten jest istotny nie tylko ze względu na chęć poprawy diagnostyki oraz skuteczniejszego planowania terapeutycznego (Biederman i wsp., 2002) ale także ze względu na utrzymujący się w ciągu życia wzorec zachowań. Wprawdzie zaburzenia opozycyjno-buntownicze diagnozuje się najczęściej w okresie przedszkolnym, a ich częstotliwość jest najwyższa do 7 roku życia to analizy długoterminowe dowodzą, że u około 10% dzieci z ODD w okresie późniejszym objawy nasilają się do tego stopnia, że zaczynają spełniać kryteria zaburzeń zachowania (Lavigne i wsp., 2001).

W wypadku wszystkich zaburzeń przejawiających się w zachowaniu istnieje ryzyko „naddiagnozy”, czyli pochopnego jest stawiania. Pamiętając o specyfice normatywnych zachowań dziecka w różnych etapach życia odróżniać należy zaburzenie opozycyjno-buntownicze od normalnie występujących reakcji w procesie testowania granic już u niemowląt i dzieci w wieku przedszkolnym. Nie należy także przeceniać konfrontacji występujących między rodzicami i nastolatkami, które próbują osiągnąć większą niezależność. Takie rozwojowe zachowanie opozycyjne jest przejściowe. Jakkolwiek około 90% dzieci i nastolatków z zaburzeniem zachowania wcześniej spełniało (i wciąż spełnia) kryteria zaburzenia opozycyjno-buntowniczego, to tylko u 25% dzieci z zaburzeniem opozycyjno-buntowniczym rozwija się zaburzenie zachowania. Około 50% w dalszym ciągu wykazuje zaburzenie opozycyjno buntownicze w późniejszym dzieciństwie i okresie dojrzewania; pozostałe 25%, gdy badanie przeprowadzi się w późniejszym okresie, przestaje (Grzywa-Bilikiewicz i wsp., 2011).

Poszukując przyczyn współwystępowania ADHD i ODD zwrócić należy uwagę na neurobiologiczne podłoże obu zaburzeń. Współczesne koncepcje neuropsychologiczne podkreślają neurobiologiczne podłoże ADHD, gdzie obok mutacji genetycznych, specyficznego metabolizmu wskazuje się na dysfunkcję różnych struktur mózgowych, wśród których najczęściej wymienia się mikrouszkodzenia w obrębie płatów czołowych, jąder podkorowych, spoidła wielkiego oraz mózdzku. Neurobiologicznych przyczyn upatruje się również w zaburzeniu równowagi pomiędzy neuroprzekądnikami takimi jak noradrenalina i dopamina, co ma wpływ na odbiór i przekazywanie informacji. Badania wykazują również związek z zakłóceniami wydzielania serotoniny, która odpowiada za regulację nastrojów. Niedobory tego neuroprzekądnika związane są z impulsywnością, nieodpowiednim i agresywnym zachowaniem (Barkley, 2006).

Mimo licznych badań wciąż nie wiadomo, co tak naprawdę jest przyczyną zaburzeń zachowania. Liczne badania wskazują na główny związek dysfunkcji płatów

czołowych, związanych albo z zaburzonym rozwojem tych struktur (Fahim i wsp., 2011), albo uszkodzeniami nabytymi (Rasmus, Łukaszevska i Kowalska, 2011). Z drugiej strony przyczyn upatruje się w niekorzystnym wpływie społeczeństwa. W dużym uproszczeniu można powiedzieć, że do powstawania zaburzeń zachowania można dochodzić na dwa sposoby, w zależności od tego czy obecny jest czynnik biologiczny (temperament, geny, uszkodzenie OUN) czy też decydujący wpływ mają czynniki środowiskowe. W tym pierwszym przypadku mamy do czynienia z kilkoma fazami przejściowymi, problemy widoczne są już u dzieci w wieku przedszkolnym czy młodszym wieku szkolnym i jeżeli nie są objęte odpowiednimi działaniami terapeutycznymi czy profilaktycznymi dochodzi do zaostrzania się problemu. W drugim wypadku do powstania poważnych zaburzeń zachowania dochodzi bez żadnych faz przejściowych, zazwyczaj w okresie dojrzewania. Terapia zaburzeń zachowania jest bardzo trudna, ponieważ jest to zaburzenie kompleksowe, przewlekłe i stale pogłębiające się (Stringaris i wsp., 2010).

Model relacji przyczynowych między ADHD i zaburzeniami zachowania przedstawili Colledge i Blair (2001). Przyczyn tych zaburzeń upatruje się na poziomie biologicznym w genie 4 receptora dopaminowego, innych nieznanych jeszcze genach oraz patologii płatów czołowych. Geny i patologie w budowie płatów czołowych związane są z dysfunkcją prawej kory czołowej co wpływa na dysfunkcję systemu czujności objawiającej się na poziomie poznawczym nieuwagą. Zmiany anatomiczne w płatach czołowych i genetycznie uwarunkowana zmiana w zakresie systemu dopaminergicznego wpływają na dysfunkcjonalne działanie przedniej części zakrętu obręczy prowadząc do zaburzeń kontroli wykonawczej objawiającej się na poziomie poznawczym impulsywnością i problemami w zachowaniu. Zaburzony system dopaminergiczny powoduje również dysfunkcje w zakresie ciała migdałowatego powodując na poziomie poznawczym dysfunkcję mechanizmu hamowania siły i gwałtowności. W efekcie, na poziomie behawioralnym występują problemy w zachowaniu oraz brak wrażliwości emocjonalnej i empatii. W ten właśnie sposób można wyjaśnić zjawisko współwystępowania ADHD i zaburzeń w zachowaniu (Borkowska, 2004).

Mnogość ogólnych modeli współwystępowania, bardzo różnorodne dane dotyczące epidemiologii współchorobowości (por. Lipowska, 2011) i wyzwania diagnostyczne oraz terapeutyczne sprawiają, że celowe jest dalsze poszukiwania odpowiedzi na pytanie o specyfikę relacji ADHD i zaburzeń zachowania.

## OSOBY BADANE I PROCEDURA BADANIA

W prezentowanych badaniach próbowaliśmy udzielić odpowiedzi na pytanie czy dzieci z diagnozą ADHD cechują zachowania charakterystyczne dla zaburzeń opozycyjno-buntowniczych. Ponadto interesowało nas, czy profil temperamentu dzieci nadpobudliwych pozostaje w związku z zachowaniami będącymi wskazówkami

klinicznymi. W tym celu przeprowadziliśmy badania z udziałem 124 uczniów z klas IV-VI szkoły podstawowej. W skład grupy kryterialnej weszło 62 dzieci z diagnozą ADHD (31 dziewczynek i 31 chłopców). Do grupy włączono jedynie te dzieci, które miały diagnozę ADHD typu mieszanego lub zespołu hiperkinetycznego postawioną przez psychiatrę lub neurologa, wszystkie dzieci były konsultowane również przez psychologa. Żadne z badanych dzieci nadpobudliwych nie miało zdiagnozowanego jakiegokolwiek zaburzenia współwystępującego, w wypadku wszystkich badanych można mówić o tzw. „czystym ADHD”. Grupa kontrolna składała się z dzieci bez deficytów rozwojowych (32 dziewczynki i 30 chłopców), dobranych adekwatnie do grupy klinicznej pod względem wieku (grupa kontrolna w wieku  $M=11.5$ ;  $SD=.4$ ; dzieci z ADHD w wieku  $M=11.5$ ;  $SD=.8$ ) a także ilorazu inteligencji, średni II wśród dzieci z ADHD 109.6 ( $SD=11.4$ ) zaś w grupie kontrolnej 112.92 ( $SD=8.2$ ). Iloraz inteligencji badanych określony został dzięki zastosowaniu *Skali Inteligencji Wechslera dla Dzieci – Wersja Zmodyfikowana* (WISC-R) (Matczak i wsp., 2008).

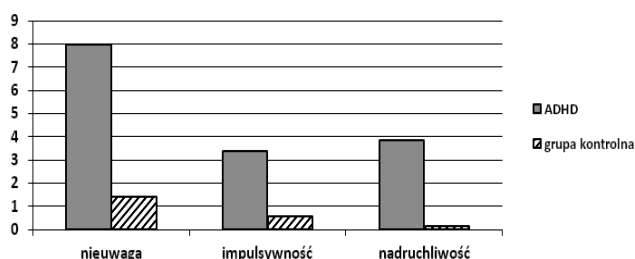
Badanie przeprowadzono indywidualnie z każdym dzieckiem i jego rodzicami. Natężenie objawów kryterialnych dla ADHD oraz zaburzeń opozycyjno-buntowniczych (ODD) określono dzięki zastosowaniu *Kwestionariusza ustrukturyzowanego wywiadu diagnostycznego w kierunku zespołu nadpobudliwości psychoruchowej i zaburzenia opozycyjno-buntowniczego* wg ICD-10 i DSM-IV-TR autorstwa Wolańczyka i Kołakowskiego (2005). Narzędzie to pozwala na stwierdzenie występowania u dziecka zachowań kryterialnych dla ADHD i ODD oraz umożliwia określenie ich nasilenia. Informacje zbiera się od rodziców lub nauczycieli dziecka. W wypadku ADHD do wstępnej diagnozy konieczne jest występowanie u dziecka minimum 6 z 9 objawów nieuwagi i/lub 6 z 9 objawów nadruchowości – impulsywności. Oczywiście decyzja czy objawy z obu osi mogą czy muszą ze sobą występować zależy od przyjęcia kryterium wskazanego w klasyfikacji DSM-IV-TR albo ICD-10. Z kolei do postawienia wstępnej diagnozy zaburzeń opozycyjno-buntowniczych wymagane jest występowanie u dziecka przynajmniej 4 z 8 objawów.

Ponadto nakreślono profil temperamentu badanych dzięki zastosowaniu *Kwestionariusza Temperamentu EAS-C Bussa i Plomina* w polskiej adaptacji Oniszczenki (1997) w wersji dla dzieci ocenianych przez rodziców. Określenie temperamentu dzieci dostarczyło dodatkowych informacji dotyczących formalnej charakterystyki zachowania. Kwestionariusz Wolańczyka i Kołakowskiego odnosi się bowiem jedynie do zachowań uznawanych za objawy kliniczne, zaś poszczególne pytania z kwestionariusza temperamentu pozwalają na określenie natężenia zachowań charakterystycznych dla całej populacji dzieci w danym wieku. Test EAS-C składa się z czterech skal: skali emocjonalności, aktywności, towarzyskości i nieśmiałości, na każdej z nich można uzyskać wyniki niskie, przeciętne i wysokie świadczące o natężeniu szacowanej cechy.

## ANALIZA WYNIKÓW

Analizując częstość i natężenie poszczególnych zachowań wśród dzieci z ADHD i dzieci z grupy kontrolnej uzyskaliśmy wiele danych istotnych statystycznie, które zostaną szczegółowo omówione poniżej. Wcześniej jednak przeprowadzono analizę wielowymiarową (MANOVA) z czynnikami grupującymi: płeć (k, m) vs grupa (ADHD, kontrolna). Efekt główny dotyczy grupy badanych ( $F=83.7$ ;  $p=.000$ ); nie uzyskaliśmy wyników istotnych statystycznie, które wskazywałyby na słuszność dalszych analiz z podziałem na płeć badanych.

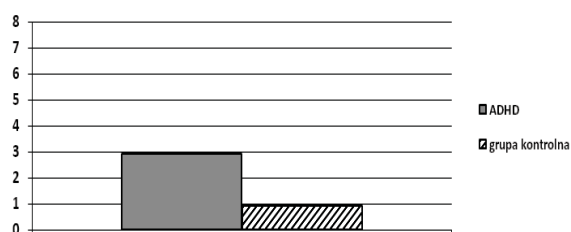
W pierwszej kolejności przeanalizowałyśmy nasilenie objawów kryterialnych dla zespołu nadpobudliwości w obu badanych grupach (Rycina 1).



Ryc. 1. Nasilenie objawów kryterialnych dla ADHD

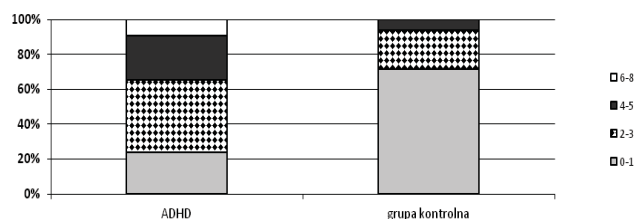
Zgodnie z oczekiwaniami jedynie dzieci z diagnozą ADHD spełniały kryteria wskazane w klasyfikacjach medycznych, co potwierdza prawidłowy dobór osób badanych.

Kolejnym krokiem było określenie częstości występowania w obu grupach zachowań kryterialnych dla ODD (Rycina 2).



Ryc. 2. Nasilenie objawów kryterialnych dla ODD

Zgodnie z klasyfikacją DSM-IV-TR (APA, 2000) do diagnozy zaburzeń opozycyjno-buntowniczych konieczne jest występowanie minimum czterech z ośmiu zachowań kryterialnych. Wśród dzieci nadpobudliwych zachowania charakterystyczne dla ODD występowały istotnie częściej ( $t=6.1$ ;  $p=.000$ ), jednakże w odniesieniu do całej grupy nie można mówić o przekroczeniu progu diagnozy zaburzenia. Celowe wydaje się więc przeanalizowanie szczegółowego rozkładu wyników w obu badanych grupach (Rycina. 3).



Rys. 3. Rozkład nasilenia zachowań kryterialnych dla ODD

Szczegółowo analizując rozkład częstości występowania objawów diagnostycznych ODD w obu grupach zauważalny jest znaczny rozrzut wyników. Wśród dzieci nadpobudliwych aż 35% spełnia kryteria diagnostyczne zaburzeń opozycyjno-buntowniczych, czyli przejawia minimum cztery zachowania cechujące ODD, zaś w grupie kontrolnej jedynie 6%. W grupie dzieci bez deficytów dla ODD zaś wśród badanych z ADHD dotyczy to jedynie jednej czwartej grupy. Mając na uwadze fakt, że żadne z biorących udział w badaniu dzieci nie miało postawionej diagnozy zaburzeń opozycyjno-buntowniczych uzyskane dane wskazywać mogłyby na nietrafność diagnozy. Jednakże metaanalizy populacyjne wskazują, że 40–60% dzieci z ADHD spełnia również kryteria ODD (Burns i wsp., 2001).

Dokonując jeszcze bardziej drobiazgowych analiz prześledziłyśmy częstość udzielania przez rodziców odpowiedzi potwierdzających występowanie zachowań kryterialnych dla zaburzeń opozycyjno-buntowniczych u dzieci. Warto zauważyć, że spośród ośmiu zachowań diagnostycznych dla ODD, w grupie z ADHD rodzice najczęściej zaznaczali jako cechujące postępowanie swoich dzieci: „częste lub nadmierne nasilone wybuchy złości w stosunku do swojego rozwoju” (81% odpowiedzi diagnostycznych), „częste kłótnie z dorosłymi” (64% odpowiedzi diagnostycznych), „często jest przewrażliwione i łatwo je urazić” (59% odpowiedzi diagnostycznych) a także „często się złości i obraża” (41% odpowiedzi diagnostycznych). Z kolei wśród dzieci z grupy kontrolnej rodzice podkreślali: „częste kłótnie z dorosłymi” (42% odpowiedzi diagnostycznych) oraz „często się złości i obraża” (23% odpowiedzi diagnostycznych). Należy podkreślić, że rodzice w obu grupach właściwie nie zaznaczali odpowiedzi „bywa często złośliwe lub mściwe” ani „często w sposób widoczny umyślnie robi rzeczy, które sprawiają przykrość innym ludziom”. Cechą, która istotnie różni te dwie grupy zachowań jest intencja. O ile wybuchy złości, kłótnie, drażliwość czy obrażanie się występują nagminnie w populacji dzieci młodszych, to już mściwość i świadome ranienie innych zakładają celowość postępowania. Zachowanie dzieci nadpobudliwych bardzo często określane jest jako infantylne i niedojrzałe (Kołakowski i wsp., 2007), ale nie „umyślnie niegrzeczne lub wrogie”. Drażliwość i konflikty z rodzicami to nie tylko objawy ODD ale może przede wszystkim zachowania charakte-



rystyczne dla okresu adolescencji. Badane dzieci miały średnio 11.6 lat, toteż napięcia w środowisku rodzinnym pojawiać się będą coraz częściej. Ogólnie wskazujące problemy diagnostyczne, zarówno w odniesieniu do ADHD jak i ODD, związane są między innymi z faktem, że objawy kryterialne obu zaburzeń to zachowania występujące na co dzień, a stają się one objawem ze względu na nasilenie i częstość występowania a także ponieważ utrudniają lub uniemożliwiają funkcjonowanie dziecka w przynajmniej dwóch z trzech środowisk: rodzina, szkoła, rówieśnicy (Barkley, 2006).

Wyraźne różnice pomiędzy badanymi z obu grup wskazują, że należy poszukać korelatów nieprawidłowych zachowań w samej specyfice ADHD. W tym celu przeanalizowaliśmy korelację pomiędzy natężeniem objawów ADHD i ODD określonych przy użyciu kwestionariusza Wolańczyka i Kołakowskiego. Analiza korelacji wśród dzieci nadpobudliwych wskazała zależność liczby zachowań diagnostycznych dla ODD z impulsywnością ( $r=3.9$ ;  $p=.002$ ) oraz nadruchliwością ( $r=3.1$ ;  $p=.015$ ), zaś w grupie kontrolnej z impulsywnością ( $r=6.7$ ;  $p=.000$ ). Badania z zakresu genetyki zachowania wskazują często na wspólne podłoże impulsywności w ADHD oraz zaburzeniach opozycyjno-buntowniczych i podkreślają tu rolę polimorfizmu enzymów katechol-O-metylotransferazy (COMT) oraz monoaminooksydazy A (MAOA) odpowiedzialnych za metabolizm neurotransmiterów. Co ciekawe mutacje w obrębie genu MAOA wydają się pozostawać w związku ze specyficznym garniturem cech temperamentalnych u danej jednostki (Malmberg i wsp., 2008).

Także w naszych badaniach natężenie cech temperamentalnych pozostawało w związku z zachowaniami cechującymi ODD. Szczególnie wyraźnie zaznaczyła się tu relacja z emocjonalnością zarówno wśród dzieci nadpobudliwych ( $r=2.7$ ;  $p=.036$ ) jak i badanych bez deficytów ( $r=3.5$ ;  $p=.012$ ). Emocjonalność jako cecha temperamentalna oznacza tendencję do niezadowolenia, skłonność do łatwego i silnego rozstrojenia (Oniszczenko, 1997). Zachowania impulsywne cechują dzieci w okresie wczesnego dzieciństwa, później są traktowane jako przejawy infantylności lub objaw ADHD. Brak refleksji, przemyślenia konsekwencji własnych działań i natychmiastowe działanie pod wpływem bodźca są często przyczyną angażowania się dzieci z ADHD w epizody przemocy. Przeprowadzone przez Kumpulainen i współpracowników (2001) badania wskazały, że najpopularniejszym zaburzeniem u sprawców przemocy są problemy z uwagą oraz impulsywność. Dzieci nadpobudliwe wikłają się w epizody przemocy zarówno jako jej sprawcy, jak i ofiary. Z jednej strony dziecinne, infantylne zachowania spowodowane impulsywnością odbierane są przez rówieśników jako celowo prowokacyjne i mogą wywoływać reakcje agresywne (wówczas dziecko nadpobudliwe staje się ofiarą), z drugiej – zachowanie agresywne, najczęściej w postaci agresji instrumentalnej cechującej dzieci młodsze, pojawiające się w ADHD, może być wzmocnione przez inne dzieci, którzy ulegając jej niejako nagradzają je i wów-

czas dziecko nadpobudliwe staje się sprawcą (Bacchini i wsp., 2008).

Ponadto u dzieci z ADHD odnotowano ujemną korelację towarzyskości z częstością zachowań jednoznacznie przypisywanych zaburzeniom opozycyjno-buntowniczym czyli „umyśle ranienie innych” ( $r=-2.9$ ;  $p=.034$ ). Oznacza to, że w im wyższym stopniu dzieci nadpobudliwe przedkładały towarzystwo innych ludzi nad samotność, co jest wskaźnikiem towarzyskości jako cechy temperamentalnej (Oniszczenko, 1997), tym mniej wykazywały zachowań intencjonalnie wrogich. Potrzeba przebywania w grupie jest często niezaspokojona wśród dzieci nadpobudliwych, ich impulsywne i nieprzemysłane zachowania często stają się przyczyną konfliktów z rówieśnikami. Motywacja do „bycia z innymi” często nie przekłada się na zdolność do nawiązywania i podtrzymywania kontaktów w związku z trudnościami z przestrzeganiem reguł i zasad współdziałania społecznego (Lipowska i Dykańska-Bieck, 2010). Także problemy w zakresie prawidłowego odczytywania komunikatów niewerbalnych, niska wrażliwość na para- i pozajęzykowe wskazówki zawarte w komunikacie, powodują często dosłowne traktowanie przekazywanych informacji i nieadekwatne reagowanie na wysyłane przez inne dzieci sygnały co stanowi przyczynę częstego odrzucenia przez rówieśników (Czaplewska i Lipowska, 2008).

## WNIOSKI I PODSUMOWANIE

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi to zaburzenie neurorozwojowe, którego objawy wyraźnie widoczne są w dwóch płaszczyznach: behawioralnej i poznawczej. Problemy natury behawioralnej wynikają przede wszystkim z impulsywności (Borkowska, 2003), która jest cechą diagnostyczną w ADHD, jednakże analogiczne zachowania uznaje się także za kryterialne w wypadku zaburzeń opozycyjno-buntowniczych (por. DSM-IV-TR oraz ICD-10). Wynika to z faktu, że klasyfikacje medyczne opierają się na podejściu kategoryjnym, które zakłada jakościową różnicę pomiędzy zachowaniami zaburzonymi i prawidłowymi. W klasyfikacjach tych tworzy się niezależne listy objawów dla poszczególnych zaburzeń, przy czym jeden symptom może znaleźć się na kilku listach (Cierpiałkowska i Sęk, 2005). Tego typu problemy zdarzają się zwłaszcza wtedy, gdy chodzi o wyznaczenie kryteriów diagnozy zaburzeń występujących u dzieci, co jest związane rozwojową zmiennością zachowań. Przykładem mogą być zachowania impulsywne, które są charakterystyczne dla zespołów nadpobudliwości psychoruchowej jak i zaburzeń zachowania a różnic upatruje się w odmiennym nasileniu zaburzeń.

Pomimo, licznych podobieństw występujących w klasyfikacjach medycznych ICD-10 (WHO, 1922) oraz DSM-IV-TR (APA, 2000) występują istotne różnice w rozpatrywaniu współwystępowania nadpobudliwości i zachowań agresywnych. W DSM-IV-TR zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi i zaburzenia opozycyjno-buntownicze lub zaburzenia zachowania (ODD/CD) to

niezależne, choć często współwystępujące, jednostki nozologiczne, zaś ICD-10 uwzględnia niezależną jednostką nozologiczną jaką są hiperkinetyczne zaburzenia zachowania, które łącząca symptomy obu jednostek tworząc nową jakość. Taka relatywność kryteriów diagnostycznych powoduje, że problem realności samego zjawiska współwystępowania, powraca niemal za każdym razem gdy omawiane są definicje poszczególnych zaburzeń psychicznych czy zaburzeń rozwoju lub gdy próbuje się nakreślić ramy i wyraźne granice oddzielające funkcjonowanie prawidłowe od zaburzonego.

W Polsce niezmiernie rzadko można spotkać się z diagnozą hiperkinetycznych zaburzeń zachowania wg ICD, także nasze badania wskazują, że nie wydaje się to być słuszne. Wśród grupy 62 dzieci z diagnozą „czystego ADHD” u niemal wszystkich występowały pojedyncze zachowania cechujące ODD, a u 35% ich natężenie i częstotliwość spełniały kryteria diagnozy ODD. Prowadzone przez nas badania eksploracyjne mające na celu odpowiedź na pytanie o częstość występowania zachowań ze spektrum zaburzeń zachowania w obrazie ADHD stały się przyczynkiem do postawienia kolejnego pytania: „czy diagnoza ADHD postawiona została prawidłowo?”. Zebrane dane wskazują, że albo kryteria ODD są zbyt zbliżone do symptomów ADHD, albo objawy ODD są pomijane w trakcie stawiania diagnozy nadpobudliwości psychoruchowej. Analiza wyników wskazała, że u występowanie impulsywności u dzieci związane jest z pojawianiem się takich zachowań ze spektrum ODD jak: „częste lub nadmierne nasilone wybuchy złości w stosunku do swojego rozwoju”, „częste klótnie z dorosłymi”, „często jest przewrażliwione i łatwo je urazić” oraz „często się złości i obraża”.

Nie tylko impulsywność jako cecha kliniczna ale także natężenie cechy temperamentalnej jaką jest emocjonalność pozostawały w związku z występowaniem problemów natury ODD. Zarówno ADHD jak i ODD związane są z temperamentem dziecka (por. Lipowska i Dykańska-Bieck, 2010; Stringaris i wsp., 2010).

Zagadnienie współwystępowania ADHD i ODD jest na tyle frapujące badaczy, że metaanalizy longitudinalne wskazują, iż istnieje zależność między ADHD a nieprzystosowaniem społecznym (Dudek, 2009), a także występowaniem w późniejszych okresach rozwojowych zachowań przestępczych. Badania longitudinalne wskazują, że u około 10% dzieci z ODD w okresie późniejszym objawy nasilały się do tego stopnia, że zaczęły spełniać kryteria zaburzeń zachowania (Lavigne i wsp., 2001). U osób dorosłych nie diagnozuje się już ani zaburzeń opozycyjno-buntowniczych ani zaburzeń zachowania (CD) lecz psychopatyczne/antyspołeczne zaburzenia osobowości. Również w tym wypadku pomimo braku w dzieciństwie diagnozy ODD czy ADHD odnotowano współzależność między cechami psychopatii a kryteriami ADHD takimi jak impulsywność, wczesne trudności wychowawcze, brak odpowiedzialności za podjęte działania, zwiększone zapotrzebowanie na stymulację i brak realistycznych, długoterminowych celów (Pastwa-Wojciechowska, 2008).

Pomimo braku jednoznacznych odpowiedzi na pytanie o podłoże i zakres współwystępowania zaburzeń, jest ono udokumentowane zarówno empirycznie jak i epidemiologicznie. Szczególnie w odniesieniu do dzieci i młodzieży jest to zjawisko na tyle powszechne, że uznaje się je raczej za zasadę niż wyjątek (Nottelmann i Jensen, 1995). Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, 2000) wskazuje wręcz, że blisko jedna trzecia osób, u których kiedykolwiek zdiagnozowano problemy psychiczne, cierpiała z powodu kilku jednostek chorobowych. Dlatego też konieczne jest prowadzenie dalszych prac badawczych nad zagadnieniem współwystępowania zaburzeń, aby usprawnić proces diagnozy tak aby nie „naddiagnostowywać” zaburzeń, ale także nie pomijać istotnych symptomów. Jedynie w takiej sytuacji proces terapeutyczny może być naprawdę skuteczny.

## LITERATURA

- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., text rev.). Washington, DC: Authors.
- Angold, A., Costello, E.J., Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40, 1, 57-87.
- Bacchini, D., Affuso, G., Trotta, T. (2008). Temperament, ADHD and peer relations among schoolchildren: the mediating role of school bullying. *Aggressive Behavior*, 34, 447-459.
- Barkley, R.A. (2006). *Attention-deficit/ hyperactivity disorder – A handbook for diagnosis and treatment*. New York: The Guilford Press.
- Biederman, J., Spencer, T., Wilens, T.E., Faraone, S.V. (2002). Overview and neurobiology of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 3-9.
- Borkowska, A.R. (2003). Impulsywność w zespole ADHD. Analiza neuropsychologiczna w oparciu o model energetyczno-poznawczy. W: M. Świącicka (red.), *Problemy psychologiczne dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej* (s. 19-26). Warszawa: Wydawnictwo Emu.
- Borkowska, A.R. (2004). Analiza relacji między zespołem ADHD, a innymi formami zaburzeń zachowania – błędy diagnostyczne. *Psychologia Rozwojowa*, 9, 4, 127-133.
- Boylan, K., Vaillancourt, T., Boyle, M., Szatmari, P. (2007). Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16, 8, 484-494.
- Burns, G.L., Boe, B., Walsh, J.A., Sommers-Flanagan, R., Teegarden, L.A. (2001). A confirmatory factor analysis on the DSM-IV ADHD and ODD symptoms: what is the best model for the organization of these symptoms? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 339-349.
- Cierpiałkowska, L., Sęk, H. (2005). Psychologia kliniczna i psychopatologia – wzajemne zależności. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (s. 65-81). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 65-81.
- Colledge, E., Blair, R.J.R. (2001). The relationship in children between the inattention and impulsivity components of attention deficit and hyperactivity disorder and psychopathic tendencies. *Personality and Individual Differences*, 30, 1175-1187.

- Czaplewska, E., Lipowska, M. (2008). Perception of facially and vocally expressed emotions in children with ADHD. *Acta Neuropsychologica*, 6, 4, 337-348.
- Dudek, M. (2009). *Nieprzystosowanie społeczne dzieci z ADHD*. Warszawa: Wydawnictwo UKSW.
- Fahim, C., He, Y., Yoon, U., Chen, J., Evans, A., Pérusse, D. (2011). Neuroanatomy of childhood disruptive behavior disorders. *Aggressive Behavior*, 37, 4, 326-337.
- Grzywa-Bilikiewicz, A., Śpila B., Grzywa A. (2011). Zaburzenie opozycyjno-buntownicze i zaburzenie zachowania w DSM-IV. *Current Problems of Psychiatry*, 12, 1, 73-77.
- Kołąkowski, A. (2005). Zaburzenia zachowania. W: T. Wolańczyk, J. Komender (red.), *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci* (s. 238-258). Warszawa: PZWL.
- Kołąkowski, A., Wolańczyk, T., Pisula, A., Skotnicka, M., Bryńska, A. (2007). *ADHD – zespół nadpobudliwości psychoruchowej. Przewodnik dla rodziców i wychowawców*. Gdańsk: GWP.
- Kumpulainen, K., Rasanen, E., Puura, K. (2001). Psychiatric disorders and the use of mental health services among children involved in bullying. *Aggressive Behavior*, 27, 102-110.
- Lavigne, J.V., Cicchetti, C., Gibbons, R.D., Binns, H.J., Larsen, L., DeVito, C. (2001). Oppositional defiant disorder with onset in preschool years: longitudinal stability and pathways to other disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1393-1400.
- Lipowska, M. (2011). *Dysleksja i ADHD – współwystępujące zaburzenia rozwoju. Neuropsychologiczna analiza deficytów pamięci*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Lipowska, M., Dykalska-Bieck, D. (2010). Czy impulsywność w ADHD ma komponenty temperamentalne? *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 10, 3, 169-181.
- Malmberg, K., Wargelius, H.L., Lichtenstein, P., Orelund, L., Larsson, J-O. (2008). ADHD and disruptive behavior scores – associations with MAO-A and 5-HTT genes and with platelet MAO-B activity in adolescents. *BMC Psychiatry*, 8, 28.
- Matczak, A., Piotrowska, A., Ciarkowska, W. (2008). *Skala Inteligencji Wechslera dla Dzieci – Wersja Zmodyfikowana (WISC-R)*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Nottelmann, E.D., Jensen, P.S. (1995). Comorbidity of disorders in children and adolescents: Developmental perspectives. *Advances in Clinical Child Psychology*, 17, 109-155.
- Oniszczenko, W. (1997). *Kwestionariusz Temperamentu EAS A. Bussa i R. Plomina. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Pastwa-Wojciechowska, B. (2008). Coexistence of ADHD and psychopathy symptoms in male offenders. *Acta Neuropsychologica*, 6, 4, 325-336.
- Pinkus, H.A., Tew, J.D., First, M.B. (2004). Psychiatric comorbidity: is more or less? *World Psychiatry*, 3, 24-25.
- Pużyński, S., Wciórka, J. (2000) (red.). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10: Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.
- Rasmus, A., Łukaszewska, B., Kowalska, H. (2011). Academy of life program for a patient with severe traumatic brain injury to the frontal lobes. *Acta Neuropsychologica*, 9, 1, 79-94.
- Stringaris, A., Maughan, B., Goodman, R. (2010). What's in a Disruptive Disorder? Temperamental antecedents of Oppositional Defiant Disorder: Findings from the Avon longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49, 5, 474-483.
- Wolańczyk, T., Kołąkowski, A. (2005). *Kwestionariusze do diagnozy ADHD i zaburzeń zachowania*. Warszawa: Janssen-Cilag.
- World Health Organization (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: Authors.
- World Health Organization (2000). International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization*, 7, 413-426.
- Żechowski, C., Bażyńska, K., Namysłowska, I. (2007). Klasyfikacje zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży – pomoc czy przeszkoda? *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 16, 3, 233-240.