



O tym, jak płeć oraz pochodzenie kulturowe różnicują proces diagnozy osób z ADHD

Streszczenie: Celem artykułu jest odpowiedź na pytanie, czy płeć i pochodzenie kulturowe różnicują proces diagnozy w kierunku ADHD? Inspiracją do powstania niniejszego tekstu był fakt niedostatecznej identyfikacji zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) u dziewcząt i kobiet oraz u mniejszości kulturowych, etnicznych i rasowych. Analizując szczegółowo przebieg procesu diagnostycznego w kierunku zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD), autorka wskazuje na te jego składowe, które mogą być odpowiedzialne za błędy diagnostyczne prowadzące do braku lub błędnego rozpoznania ADHD u osób z obu wspomnianych grup. Na pierwszy plan wybijają się takie zagadnienia jak: uprzedzenia diagnosty, kompetencje kulturowe diagnosty, kulturowe skrzywienie narzędzi diagnostycznych, obawy i uprzedzenia rodziców, które wpływają na końcowy efekt diagnozy osób w kierunku ADHD. Autorka w swym artykule odwołała się do współczesnej wiedzy na temat: zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD), jego objawów i przyczyn, prawidłowości badań psychologiczno-pedagogicznych oraz najnowszych wyników badań naukowych w przedstawianym temacie.

Słowa kluczowe: ADHD, pochodzenie kulturowe, płeć, proces diagnostyczny, kompetencje kulturowe diagnosty

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) jest najczęściej występującym zaburzeniem zdrowia psychicznego u dzieci na świecie (Furzer, Dhuey and Laporte, 2000). Statystyki podają, że zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi dotyka średnio od 3 do 5% dzieci w młodszym wieku szkolnym (Barkley, 2020; Kołakowski i in., 2014) i 4–5% populacji dorosłych ludzi (Barkley, 2020). Z objawów ADHD się nie

wyrasta, choć ich nasilenie oraz sposób manifestacji mogą się zmieniać, a u niektórych osób z ADHD zaburzenia funkcjonowania pojawiają się tylko okresowo (Leer, 2022).

Aktualne wyniki badań nie wskazują na odmienną częstotliwość występowania ADHD w różnych grupach etnicznych, rasowych czy społeczno-ekonomicznych. Wydaje się zatem, że ADHD w takim samym stopniu dotyka przedstawicieli wszystkich ras i grup społeczno-ekonomicznych. Analogiczna prawidłowość dotyczy osób różnej płci. O tym, że stosunek przypadków ADHD u dziewcząt i chłopców jest bliski proporcji 1:1, raportowano już pod koniec lat 90. XX wieku (Arnold, 1996). Chociaż wciąż popularny jest pogląd, że ADHD jest zaburzeniem charakterystycznym dla płci męskiej. Nie ma też zgody wśród naukowców co do częstości występowania tego zaburzenia u dziewcząt i chłopców: różne źródła szacują stosunek liczby chłopców do liczby dziewcząt z ADHD na 3:1 (Barkley, 2020) lub 2:1 (Kołakowski, 2014). Przedstawiając występowanie ADHD w podziale na płeć, należy uwzględnić wiek jako dodatkową zmienną. Przewaga w rozpowszechnieniu ADHD u płci męskiej w wieku wczesnodziecięcym jest niemalże niewidoczna w próbach dorosłych.

Zdecydowana większość raportów z badań, które przytoczę w moim artykule, odnosi się do rasy jako czynnika, który różnicuje diagnozę w kierunku ADHD. Związane to jest z tym, że zagadnienie to jest najszerszej rozpoznane przez amerykańskich badaczy. Jednak w tytule przywołuję kategorię różnic kulturowych zamiast rasy. Powody są dwa. Pierwszy to fakt, że według źródeł naukowych ludzi tej samej rasy łączą nie tylko określone cechy fizyczne, lecz także ta sama kultura, historia, język itp. Rasa jest traktowana jako konstrukt społeczny. Posługiwanie się kategorią rasy w piśmiennictwie naukowym bywa uznawane za przejaw etnocentryzmu (Malinowska, 2015). Po drugie uwzględnienie w tytule szerszej perspektywy: różnic kulturowych zamiast rasy pozwala na odniesienie przedstawionych wyników do zjawisk i trudności diagnostycznych, z którymi borykamy się także w naszym kraju (z uczniami imigranckimi, z mniejszości etnicznych, religijnych itp.).

Współczesny dyskurs naukowy nie ogranicza się do pojęcia płci biologicznej, wprowadzając pojęcie płci kulturowej (ang. „gender”). Jest to „zespół atrybutów, postaw, ról społecznych i zachowań przypisanych mężczyźnie lub kobiecie przez szeroko rozumianą kulturę” (Bem, 2000, s. 9). W tekście odnoszę się do płci kulturowej. Ta szersza perspektywa pozwala na pełniejsze zrozumienie zachowania dziewcząt i kobiet, także tych z ADHD. Trudności diagnostyczne dziewcząt i kobiet z ADHD wynikają często z różnic w wy-

chowywaniu dzieci różnej płci i odmiennych oczekiwań wobec dziewcząt i kobiet.

To, co jeszcze łączy wymienione przeze mnie w tytule artykułu grupy, a jest szczególnie widoczne na tle powszechnego i wyraźnego wzrostu diagnoz tego zaburzenia na świecie, to fakt niedostatecznej identyfikacji ADHD u dziewcząt (Furzer, Dhuey and Laporte, 2000) oraz u mniejszości etnicznych i rasowych (Coker i in., 2016). Powołam się w tym miejscu na badania zespołu Tumaini R. Coker (2016). Badania te objęły liczną próbę 4297 dzieci i ich rodziców. Za podstawowe zmienne niezależne obrano różnice rasowe i etniczne. Sprawdzano, czy różnicują one przebieg diagnozowania oraz leczenia zaburzeń koncentracji i nadpobudliwości psychoruchowej. W podsumowaniu badań czytamy, że dzieci afroamerykańskie i latynoskie, w porównaniu z dziećmi rasy białej, miały mniejsze szanse na zdiagnozowanie ADHD i przyjmowanie leków na ADHD. Zwrócono uwagę także na stawianie nietrafnej, nieuzasadnionej diagnozy ADHD, a co się z tym wiąże, niepotrzebnego leczenia wśród dzieci rasy białej (Coker i in., 2016).

Aby zrozumieć, jakie są przyczyny niedostatecznej diagnozy we wspomnianych grupach, należy przedstawić, jak przebiega proces diagnozy ADHD. Postępowanie diagnostyczne zaczyna się od wywiadu mającego na celu wstępne rozpoznanie problemu dziecka i jego podłoża. Kolejnym krokiem diagnosty jest anamneza. Zgromadzenie niezbędnych do dalszej diagnozy danych podczas wywiadów jest możliwe tylko wtedy, jeśli rodzice zgłoszą się z problemem do specjalisty i podejmą z nim współpracę. Obawa stygmatu ADHD powstrzymuje rodziców z mniej uprzywilejowanych środowisk przed szukaniem medycznej i psychologicznej pomocy dla dziecka. Badania pokazują, że osoby, które mają za sobą doświadczenia dyskryminacji, mają mniejsze zaufanie do instytucji czy osób diagnozujących. Rodzice dzieci rasy czarnej obawiają się błędnej diagnozy lub nadreprezentacji diagnoz w grupie dzieci tej rasy (Olanian i in., 2007; Kang and Harvey, 2020). Nieufność rodziców może zakłócać istotnie przebieg anamnezy i wywiadu rodzinnego: rodzice mogą przemilczeć pewne fakty na temat rozwoju dziecka lub funkcjonowania rodziny, jeśli nie będą czuć się bezpiecznie w gabinecie diagnosty.

Rodzice mogą przekazać świadomie lub nieświadomie swój niechętny stosunek do specjalisty i procesu diagnostycznego dziecku, co może wpłynąć na przebieg rozmowy diagnosty z dzieckiem. Dziecko uprzedzone do procesu diagnostycznego będzie odczuwać silny stres związany z wizytą u specjalisty, co może skutkować wzmożoną nadaktywnością i impulsywnością, zachowaniami opozycyjno-buntowniczymi i trudnościami z koncentracją, co

nie będzie reprezentatywne dla jego codziennego funkcjonowania w domu i w szkole. Inny scenariusz zachowania uprzedzonego dziecka w gabinecie łączy się z faktem, że dziecko, będąc w roli pacjenta, stara się panować nad swoim objawami. Pacjent negatywnie nastawiony do procesu diagnostycznego ma większą potrzebę kontroli podczas wizyty diagnostycznej, co także uniemożliwi diagnoście rozpoznanie trudności dziecka. W przypadku dziewcząt przyczyną maskowania objawów ADHD podczas wizyty u diagnosty jest także chęć sprostania oczekiwaniom roli tzw. grzecznej dziewczynki. Dziewczeta od urodzenia są socjalizowane do grzeczności, pilności, uległości, zdyscyplinowania i starają się sprostać tym oczekiwaniom, nawet jeśli prowadzi to do negatywnych konsekwencji (Bednarska, 2021).

Trafna diagnoza powinna spełniać wymóg komplementarności, dlatego do informatorów na temat dziecka i jego trudności dołączają nauczyciele. Z założenia obserwacje nauczycieli na temat diagnozowanego dziecka dotyczą sytuacji w szkole, a więc takich, do których rodzice nie mają bezpośredniego dostępu. Zatem powinny być one pozbawione subiektywizmu w ocenie dzieci, który jest właściwy rodzicom. Dysponujemy wynikami badań, które pokazują, że oceny nauczycieli są dalekie od obiektywizmu. Wiemy, że nauczyciele rasy białej oceniają dzieci rasy czarnej jako mające więcej objawów ADHD w porównaniu z dziećmi rasy białej (np. DuPaul i in., 2016; Lau i in., 2004; Samuel i in., 1997). Wynik ten możemy przynajmniej częściowo tłumaczyć znanym dzięki psychologii społecznej zjawiskiem efektu jednorodności grupy obcej (*other-group homogeneity effect*). Ludzie mają skłonność do stereotypicznego i jednorodnego spostrzegania członków grupy obcej. Także teoria tożsamości społecznej Turnera i Tajfela wskazuje, że jednostki postrzegają członków własnej grupy przychylniej niż członków grupy obcej (Tajfel, 1982). Zespół badawczy z Centrum Badań nad Dziećmi w Uniwersytecie Yale (*Child Study Center, Yale University*) postawił grupę pedagogów pracujących w przedszkolach przed dwoma zadaniami. W pierwszym z nich nauczyciele zostali zaproszeni do oglądania filmu zarejestrowanego w wielorasowej grupie przedszkolnej. Uprzedzono badanych, aby przewidywali problematyczne zachowania dzieci. Na nagraniu były przedstawione dzieci w wieku przedszkolnym, w równej liczbie tej samej płci i rasy, angażujące się w typowe czynności, niemające jednak znamion trudnych. Podczas emisji filmu śledzono ruchy gałek ocznych uczestniczących w badaniu nauczycieli. Wyniki wykazały, że, spodziewając się trudnych zachowań, nauczyciele, którzy byli głównie biali (66,7%), dłużej przyglądali się czarnoskórym dzieciom, zwłaszcza czarnoskórym chłopcom. Kolejno badani mieli zapoznać się

z opisem trudnego zachowania dziecka, a następnie ocenić jego natężenie. Badani losowo otrzymywali opisy podpisane imieniem dziecka sugerującym chłopca albo dziewczynkę rasy czarnej oraz chłopca i dziewczynkę rasy białej, dodatkowo niektóre opisy zawierały podstawowe informacje o środowisku rodzinnym dziecka. W przypadku tego zadania wyniki również ujawniły ukryte uprzedzenia nauczycieli, dodatkowo wskazując, że mogą się one różnić w zależności od rasy nauczycieli. Nauczyciele oceniali niżej stopień natężenia dotkliwości zachowania trudnego dziecka, jeśli z opisu wynikało, że dziecko jest tej samej rasy co nauczyciel, natomiast byli bardziej surowi w ocenie problematycznych zachowań, jeśli uczeń był odmiennej rasy niż nauczyciel (Gilliam, 2016). Rezultaty tego badania sugerują, że nauczyciele mogą oczekiwać bardziej problematycznych zachowań u czarnoskórych dzieci, szczególnie chłopców, co z kolei może wpływać na ich oceny występowania objawów ADHD i kierowanie diagnozy w kierunku ADHD.

Ważne jest, aby nauczyciel czy inny specjalista miał świadomość swojej postawy wobec narodowości i kultury, którą reprezentuje osoba przychodząca na diagnozę. Uprzedzenia (te uświadomione i nieuświadomione) znajdują odzwierciedlenie w określonym zachowaniu diagnosty, np.: brak naturalnej ekspresji mimicznej, nerwowość w kontakcie, zmieniony czy nieprzyjemny ton głosu (Barzykowski i in., 2013).

Dziedzictwo kulturowe, płeć, klasa społeczna, tożsamość rasowa i etniczna, orientacja seksualna, a także wiek wpływają na osobiste wartości i przekonania ludzi na temat określonych grup społecznych. Diagnosta powinien posiadać świadomość własnej tożsamości społeczno-kulturowej oraz umiejętność rozpoznania własnych przekonań, stereotypów i uprzedzeń wobec osób odmiennych kulturowo. Zrozumienie innego człowieka i jego odmienności jest możliwe jedynie wtedy, kiedy diagnosta ma ugruntowaną świadomość własnej tożsamości i może adekwatnie rozpoznać różnice między sobą a drugim człowiekiem. W skład kompetencji kulturowych osoby prowadzącej diagnozę¹ powinna wejść także umiejętność rozpoznania zaplecza społeczno-kulturowego osoby diagnozowanej. Przeprowadzając wywiad diagnostyczny, powinniśmy mieć na uwadze normy kulturowe (np. dotyczące mowy ciała, przestrzeni interpersonalnej, kontaktu wzrokowego, wyrażania emocji lub okazywania szacunku) obowiązujące w kraju, z którego pochodzi osoba

¹ Minimum kompetencji kulturowych niezbędnych w praktyce psychologicznej opracowała Katarzyna Stemplewska-Żakowicz (Hansen i in. 2000, s. 654). Lista składa się z 12 punktów. W swoim artykule przedstawiłam ich subiektywny wybór i streszczenie.

diagnozowana. Zarówno багаż kulturowy diagnosty (w tym procedury badawczej oraz narzędzi badawczych), jak i osoby diagnozowanej będzie wpływał na proces diagnostyczny: relację między badającym a badanym i wynik końcowy diagnozy (Stemplewska-Żakowicz, 2009). Nie ulega wątpliwości, że podstawą do wykształcenia się wymienionych kompetencji u diagnosty jest posiadanie wiedzy o innych kulturach.

Próbą zobiektywizowania procesu diagnozy jest wprowadzenie wystandaryzowanych i znormalizowanych testów psychologicznych, które przyjmują postać kwestionariuszy ze skalami występowania objawów ADHD u dziecka. Narzędziami rekomendowanymi, a równocześnie najczęściej stosowanymi w diagnozie ADHD w Polsce (Kołakowski i in., 2014) są kwestionariusze CONNERS 3, ADHD-RS oraz narzędzia badawcze z grupy *Child Behavior Checklist*. Wypełniając wspomniane kwestionariusze, ustalamy, czy diagnozowane dziecko prezentuje zachowania i cechy spójne z obrazem symptomatologicznym zaburzenia opisanym w międzynarodowych klasyfikacjach chorób DSM-5 lub ICD-10 (od stycznia 2022 roku obowiązuje ICD-11²). U podstaw ich wyodrębnienia leży założenie tzw. typologicznej reprezentatywności, czyli jednorodności obiektów wewnątrz danej kategorii diagnostycznej. Międzynarodowe klasyfikacje chorób nie różnicują objawów z uwagi na płeć czy pochodzenie rasowe, etniczne i kulturowe. Natomiast bazujące na nich narzędzia przechodzą proces normalizacji oraz adaptacji kulturowej. Procedura adaptacji kulturowej dotyczy testów, które nie zostały skonstruowane w ramach danej kultury, a zostały przeniesione z innego kraju do kultury docelowej. Polega ona na tłumaczeniu i kulturowym dopasowaniu do materiału zadań testowych, badaniu równoważności wersji oraz walidacji i ustaleniu parametrów psychometrycznych finalnej wersji narzędzia (Hornowska i Paluchowski, 2006). Procedura adaptacji kulturowej jest niedoskonała. Stworzenie testu neutralnego kulturowo jest jednym z największych wyzwań neuropsychologii XXI wieku (Marcinkowska i Sitek, 2017, ss. 150–157). Alfredo Ardila, który jest zaliczany do czołowych badaczy neuropsychologii kulturowej, stwierdził, że jeśli badacze dokonują porównań międzykulturowych, najczęstszą prawidłowością jest fakt, że lepsze wyniki są obserwowane w grupie kulturowej, która opracowała pierwotną wersję testu (1996, ss. 237–248). Zjawisko, które zostało tutaj zasygnalizowane, to kulturowe skrzywienie (*bias*) narzędzi diagnostycznych. W praktyce psycho-

² Na jej wdrożenie Polska, podobnie jak pozostałe państwa, otrzymała pięcioletni okres przejściowy.

logicznej rutynowo stosuje się wiele testów obciążonych kulturowo (Stemplewska-Żakowicz, 2009).

W przypadku imigrantów diagnoza w aspekcie dopasowania kulturowego jest jeszcze bardziej skomplikowana. Przy wyborze narzędzi diagnostycznych i interpretacji wyników imigrantów i grup mniejszościowych należy kierować się takimi czynnikami jak: długość akulturacji³ – w tym czas trwania edukacji i jakość kształcenia (Manly and Echemendia, 2007), tradycja i praktyki społeczne związane z krajem pochodzenia, które mogą mieć wpływ na wykonanie zadań (Krch i in., 2015). Trafność kulturowa testu odnosi się także do kontekstu badania testowego. Różne kultury w odmienny sposób traktują: relację jeden do jednego (osoba badająca – osoba badana), autorytet osoby prowadzącej badanie, motywację do jak najlepszego wykonania, badanie w izolacji od otoczenia, specyficzny rodzaj komunikacji, znaczenie szybkości wykonania badania, zastosowanie określonych elementów i strategii testowania. Sytuacja testowania może być tak dalece kulturowo odległa od tego, co jest doświadczeniem członka danej kultury, że niekiedy należy zrezygnować z badania psychometrycznego na rzecz metod jakościowych (Marcinkowska i Sitek, 2017).

Strukturę wywiadu diagnostycznego kwestionariuszy tworzą skale opisowe. Rodzice, nauczyciele, diagnozowane dziecko lub dorosły mają za zadanie ustosunkować się do zawartych w nich stwierdzeń. Źródłem trudności diagnosty są często różne oczekiwania informatorów od zachowania dziecka: to, co może być problematyczne dla nauczyciela, może być akceptowalną normą dla rodzica i odwrotnie. Rozbieżności w osądzie zachowania mogą też wynikać z różnic kulturowych. Na przykład w kulturze afroamerykańskiej ekspresja ruchowa jest ceniona. W klasie zwraca uwagę większa ruchliwość dzieci, która może być jednak odzwierciedleniem praktyk wychowawczych rodziców, w których zachęca się do żywszej ekspresji. Skutkiem może być niedostrzeganie nadaktywności dzieci przez rodziców lub zbyt częste ocenianie żywiołowych zachowań dzieci afroamerykańskich jako objawy ADHD przez nauczycieli rasy białej (Kang and Harvey, 2020).

Stereotypy płciowe sprawiają, że rodzice i nauczyciele mogą różnie odbierać to samo zachowanie dziewcząt i chłopców. Zachowania, które są pod-

³ W przypadku ADHD kryteria diagnostyczne określają, że możemy podejrzewać ADHD, jeśli objawy utrzymują się co najmniej 6 miesięcy w stałych warunkach. Jeśli dziecko pozostaje na emigracji w okresie krótszym niż 6 miesięcy lub mimo dłuższego już przebywania w danym kraju często zmienia szkołę lub miejsce zamieszkania, to jego zachowania nie można jednoznacznie tłumaczyć ADHD.

stawą do skierowania chłopców na diagnozę ADHD, w przypadku dziewcząt są bagatelizowane. W jednym z badań przedstawiano nauczycielom opisy zachowań dzieci wskazujące na ADHD. Zaobserwowano, że nauczyciele byli bardziej skłonni zalecać diagnozy, jeśli opisy dotyczyły chłopców, a nie dziewcząt (Sciutto, Nolfi and Bluhm, 2004). Jedną z przyczyn późnego kierowania dziewcząt na diagnozę jest traktowanie objawów deficytów uwagi jako rozmarzenia i tzw. bujania w obłokach, które stereotypowo określa się jako charakterystyczne dla dziewcząt. W obliczu tych trudności wskazane jest, aby badacz uzyskał od informatorów konkretne przykłady zachowań dziecka, zamiast polegać jedynie na postrzeganiu tego, co jest z punktu ich widzenia niepokojące.

Dzieci z mniejszości etnicznych, narodowych, rasowych czy imigranckie mogą doświadczać traumy oraz dyskryminacji społecznej, wynikającej z wykorzenienia. Podczas diagnozy różnicowej diagnosta musi rozpoznać, czy zachowania (takie jak drażliwość, skłonność do agresji, łatwe rozpraszenie się lub „zatapianie się we własnych myślach”) są przyczyną ADHD czy zespołu stresu pourazowego (PTSD). Na skutek doświadczenia zdarzenia traumatycznego dziecko może być niestabilne emocjonalnie i fizjologicznie, może mieć trudności w zakresie uwagi, pamięci oraz zachowania. Dziecko może unikać rozmowy na temat przeszłości, ponieważ go ona nudzi (co jest charakterystyczne dla ADHD) lub nie chce się konfrontować z traumatycznym wydarzeniem (co wskazywałby na PTSD) (Konowalek, 2019). Sytuację diagnostyczną komplikuje także to, że trauma może współwystępować z ADHD i nasilać jego objawy. Osoby z ADHD ze względu na słabszą odporność emocjonalną i dużą wrażliwość są również bardziej podatne na traumę. ADHD może zatem zwiększać ryzyko narażenia na traumę. Jeżeli dziecko doświadczyło traumy, należy poczekać z zainicjowaniem procesu diagnostycznego. W pierwszym okresie po doświadczeniu traumy dzieci są często „kolekcjonerami nietrafnych diagnoz” (Gąstoł, Skarbek i Bednarska, 2022, s. 7).

Postawienie trafnej diagnozy rozpoczyna proces terapeutyczny, którego celem jest samopoznanie, akceptacja, a przede wszystkim poprawa funkcjonowania w życiu codziennym: w relacjach z innymi, w wypełnianiu codziennych obowiązków, w uczeniu się, które prowadzi do poczucia sprawstwa i wzrostu poczucia własnej wartości. Brak diagnozy i tym samym terapii lub zbyt późne jej rozpoczęcie wpływają nie tylko na pogłębianie się trudności w realizacji zadań szkolnych i domowych, lecz także prowadzą do wielu niebezpiecznych konsekwencji. Powikłaniami nieleczzonego ADHD u dziewcząt i kobiet są zaburzenia lękowe, depresja, zaburzenia odżywiania. Brak wspar-

cia i zrozumienia może prowadzić do zachowań ryzykownych, a nawet do samookaleczeń czy prób samobójczych (Bednarska, 2021, ss. 96–106). Świadomość na temat specyfiki diagnozy dziewcząt i kobiet w kierunku ADHD wzrosła w ciągu ostatnich lat. Mimo postępów w nauce wciąż niepokoi niewystarczający stan wiedzy nauczycieli, diagnostów, terapeutów, medyków na temat sposobów pomocy grupom zróżnicowanym kulturowo. Temat diagnozy oraz terapii ADHD w odniesieniu do różnic kulturowych jest jeszcze słabo rozpoznany naukowo, a dostępne badania obciążone ograniczeniami (takimi jak np. niechęć mniejszości etnicznych, kulturowych do udziału w badaniach, nieufność wobec badaczy).

Bibliografia

- Ardila, A. 1996. Towards a cross-cultural neuropsychology. *Journal of Social and Evolutionary Systems*. **19**, pp. 237–248.
- Arnold, L.E. 1996. Sex differences in ADHD: Conference summary. *Journal of Abnormal Child Psychology*. **24** (5), pp. 555–569.
- Barkley, R.A. 2020. *ADHD. Podjąć wyzwanie. Kompletny przewodnik dla rodziców*. Wyd. 2. Tłum. K. Okoń. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Barzykowski, K., Grzymała-Moszczyńska, H., Dzida, D., Grzymała-Moszczyńska, J. i Kosno, M. 2013. *Wybrane zagadnienia diagnozy psychologicznej dzieci i młodzieży w kontekście wielokulturowości i wielojęzyczności*. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Bednarska, N. 2021. *Dziewczęta z ADHD. Zarys problematyki*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie.
- Bem, S.L. 2000. *Męskość. Kobiecość. O różnicach wynikających z płci*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Coker, T.R., Elliott, M.N., Toomey, S.L., Schwebel, D.C., Cuccaro, P., Tortolero, S., Emery, S.T., Davies, S.L., Visser, S.N. and Schuster, M.A. 2016. Racial and ethnic disparities in ADHD diagnosis and treatment. *Pediatrics*. **138** (3), pp. 1–9.
- DuPaul, G.J., Reid, R., Anastopoulos, A. D., Lambert, M. C., Watkins, M. W. and Power, T.J. 2016. Parent and teacher ratings of attentiondeficit/hyperactivity disorder symptoms: Factor structure and normative data. *Psychological Assessment*. **28** (2), pp. 214–225.
- Furzer, J., Dhuey, E. and Laporte, A. 2000. *ADHD misidentification in school: Causes and mitigators*. Working Papers 200001, Canadian Centre for He-

- alth Economics. <https://www.canadiancentrefortheeconomics.ca/wp-content/uploads/2020/01/Furzeretal2020.pdf>, (5.09.2022).
- Gąstoł, A., Skarbek, K. i Bednarska, N. 2022. *Jak rozmawiać z polskim dzieckiem i z małym uchodźcą po doświadczeniu zdarzenia traumatycznego (wojny)*. http://www.aps.edu.pl/media/3wdlc4a3/jak_rozmawia%C4%87_z_dzieckiem__kadr_m.pdf?fbclid=IwAR1xzc5F5OTLPPjHhiDFGUertPJKPQdt8noRCEZ-RFkZhUjJfpUHn9UiViO (5.09.2022).
- Gilliam, W.S., Maupin, A.N., Reyes, C.R., Accavitti, M.R. and Shic, F. 2016. *Do Early Educators' Implicit Biases Regarding Sex and Race Relate to Behavior Expectations and Recommendations of Preschool Expulsions and Suspensions?* New Haven: Yale Child Study Center, pp. 1–18.
- Hansen, N.D., Pepitone-Arreola-Rockwell, F. and Greene, A.F. 2000. Multicultural competence: Criteria and case examples. *Professional Psychology – Research and Practice*. **31** (6), pp. 652–660.
- Hornowska, E. i Paluchowski, W.J. 2006. Wokół mitów dotyczących adaptacji kulturowej narzędzi diagnostycznych. *Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu. Sukces w zarządzaniu kadrami: kapitał ludzki w organizacjach międzynarodowych*. **1130**, ss. 468–476.
- Kang, S. and Harvey, E.A. 2020. Racial Differences Between Black Parents' and White Teachers' Perceptions of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*. **48**, pp. 661–672.
- Kołąkowski, A., Wolańczyk, T., Pisula, A., Skotnicka, M. i Bryńska, A. 2014. *ADHD. Zespół nadpobudliwości ruchowej. Przewodnik dla rodziców i wychowawców*. Sopot: GWP.
- Konowalek, Ł. 2019. Różnicowanie ADHD i PTSD na przykładzie pacjentki w późnym okresie dorastania. *Terapia Poznawczo-Behawioralna*. **10**, ss. 31–41.
- Krch, D., Lequerica, A., Arango-Lasprilla, J.C., Rogers, H.L., DeLuca, J. and Chiaravalloti, N.D. 2015. The Multidimensional Influence of Acculturation on Digit Symbol-Coding and Wisconsin Card Sorting Test in Hispanics. *The Clinical neuropsychologist*. **29** (5), pp. 624–638.
- Leer, K. 2022. *ADHD. Mózg łowcy i inne supermoce*. Kraków: Znak Litera Nova.
- Malinowska, J.K. 2015. Neuronauka kulturowa a kategoria rasy: na przykładzie efektu innej rasy. *Filo-Sofija*. **29** (2/I), ss. 125–146.
- Manly, J.J. and Echemendia, R.J. 2007. Race-specific norms: using the model of hypertension to understand issues of race, culture, and education in neuropsychology. *Archives of clinical neuropsychology: the official journal of the National Academy of Neuropsychologists*. **22** (3), pp. 319–325.

- Marcinkowska, A. i Sitek, E. 2017. Wybrane aspekty adaptacji kulturowej testów neuropsychologicznych. *Aktualności Neurologiczne*. **17** (3), ss. 150–157.
- Olaniyan, O., dosReis, S., Garriett, V., Mychailyszyn, M.P., Anixt, J., Rowe, P.C. and Cheng, T.L. 2007. Community perspectives of childhood behavioral problems and ADHD among African American parents. *Ambulatory Pediatrics*. **7** (3), pp. 226–231.
- Samuel, V.J., Curtis, S., Thornell, A., George, P., Taylor, A., Brome, D.R., Biederman, J. and Faraone, S.V. 1997. The unexplored void of ADHD and Black research: A review of the literature. *Journal of Attention Disorders*. **1** (4), ss. 197–207.
- Sciotto, M.J., Nolfi, C.J. and Bluhm, C. 2004. Effects of Child Gender and Symptom Type on Referrals for ADHD by Elementary School Teachers. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. **12** (4), pp. 247–253.
- Stemplewska-Żakowicz, K. 2009. *Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Tajfel, H. 1982. Social Psychology of Intergroup Relations. *Annual Review of Psychology*. **33**, pp. 1–59.

How gender and cultural origin differentiate the diagnosis process of people with ADHD?

Abstract: The aim of the article is to answer the question of whether gender and cultural origin differentiate the process of diagnosis towards ADHD. This text was inspired by the insufficient identification of attention deficit hyperactivity disorder ADHD in girls and women as well as cultural, ethnic and racial minorities. Analyzing in detail the course of the diagnostic process towards attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), the author points to its components that may be responsible for diagnostic errors, leading to the lack or incorrect diagnosis of ADHD in people from both mentioned groups. The following issues stand out in the foreground: diagnostician's prejudices, cultural competences of a diagnostician, cultural bias of diagnostic tools, parents' fears and prejudices, which affect the final result of the diagnosis of people towards ADHD. The author in her article referred to modern knowledge about: attention deficit hyperactivity disorder

(ADHD), its symptoms and causes, rules of psychological and pedagogical research and the latest results of scientific research in the presented topic.

Keywords: ADHD, cultural origin differentiate, gender, diagnosis process, cultural competences

Translated by Natalia Anna Bednarska