

# P R A C E P S Y C H O L O G I C Z N E

EWA ODACHOWSKA, MAŁGORZATA WOŹNIAK-PRUS

Akademia Pedagogiki Specjalnej, Instytut Psychologii

## TRUDNA DIAGNOZA. KONTROWERSJE WOKÓŁ PTSD I ADHD

**Streszczenie:** Artykuł poświęcony jest problemom diagnostycznym, z jakimi borykają się zarówno psycholodzy, pedagodzy, jak i psychiatrzy próbujący określić patomechanizm trudności występujących w zachowaniu u dzieci. W prezentowanej pracy skupiono się na analizie obrazu klinicznego i etiologii zaburzeń po stresie traumatycznym (PTSD) oraz zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD), gdyż są to zaburzenia, których rozpoznanie u dzieci budzi wiele wątpliwości diagnostycznych.

Rozważania dotyczące objawów poszczególnych zaburzeń oparto na kryteriach diagnostycznych DSM-5, a analizę ich genezy przeprowadzono, odwołując się do danych na temat cech funkcjonalnych ośrodkowego układu nerwowego w poszczególnych przypadkach. Całość pracy podsumowuje próba wskazania elementów niezbędnych dla diagnozy różnicowej obydwu zaburzeń.

**Słowa kluczowe:** PTSD, ADHD, diagnoza dziecka, trauma.

### WSTĘP

Artykuł stanowi odpowiedź na prośby zarówno środowiska psychologów i psycho-traumatologów, jak i samych rodziców, którzy borykają się z własną bezsilnością w przypadku dzieci demonstrujących objawy na tyle nieoczywiste, że mogą wpisać się w co najmniej kilka różnych zaburzeń funkcjonowania. Dość często w pracy terapeutycznej zdarzają się przypadki dzieci niewłaściwie zdiagnozowanych, przez co podanych nieadekwatnemu oddziaływaniu terapeutycznemu, nierzadko także farmakoterapii. Taki stan rzeczy nie jest jedynie wynikiem niewiedzy diagnostów, ale także tego, że pewne grupy zaburzeń, zwłaszcza w przypadku dzieci, nie dają jasnego obrazu i podlegają maskowaniu/modyfikacji poprzez aktualnie realizowane zadania rozwojowe lub wpływają na ich zahamowanie. Taki stan rzeczy doprowadza do niedoszacowania lub przeszacowania objawów niektórych zaburzeń lub/i ich objawów. Dość częste pomyłki tego rodzaju występują w przypadku zaburzeń po stresie traumatycznym oraz zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi. Artykuł ten jest jedynie poglądowy i w pełni nie wyczerpuje tematu, ma jednak wskazać na istniejące problemy diagnozy różnicowej zaburzeń, szczególnie tych z okresu dziecięcego i stanowić inspirację do zgłębienia zagadnienia.

## POJĘCIE STRESU TRAUMATYCZNEGO

Doświadczenie traumy we wczesnym okresie rozwoju coraz częściej jest wymieniane przez klinicystów wśród etiologii zaburzeń psychicznych. Pojęcie traumy według klasyfikacji DSM-5 (APA, 2013) jest określane jako szczególny rodzaj stresującego zdarzenia w postaci narażenia na utratę życia, poważnego obrażenia ciała, doświadczenia przemocy seksualnej, zaistniałych w określonych warunkach. Okoliczności te, zgodnie z przywołaną klasyfikacją, aby wyczerpywały znamiona doświadczenia traumatycznego, muszą odnosić się do przynajmniej jednego z czterech uwarunkowań: (1) bezpośredniego doświadczenia wydarzenia urazowego; (2) bycia bezpośrednim świadkiem wydarzenia urazowego; (3) doświadczenia pośredniego, poprzez uzyskanie wiadomości, że bliski członek rodziny lub przyjaciel był narażony na uraz; (4) wielokrotnego lub ekstremalnego narażenia na awersyjne szczegóły zdarzeń urazowych (np. podczas czynności zawodowych). Należy zaznaczyć, że w tak ujętym kryterium wyklucza się narażenie pośrednie w kontekście pozazawodowym (media elektroniczne, telewizja, filmy lub fotografie) (APA, 2013). W tym rozumieniu trauma jest traktowana jako rodzaj ciężkiego stresora, który powoduje narażenie na utratę życia lub poważne zranienie ciała, ma najczęściej charakter nagły, niekontrolowany, może dotyczyć również sytuacji, w której osoba jest świadkiem podobnego wydarzenia (Folkman, 2011; Skinner, Zimmer-Gembeck, 2011; Solomon, Heide, 1999; Terr, 1995).

Zdaniem niektórych taka definicja jest zbyt wąska i treściowo nieadekwatna do sytuacji traumatycznych w postaci przemocy emocjonalnej, upokarzania, wymuszania czy wykorzystania seksualnego (Briere, Scott, 2010). Badacze proponują inną definicję, odnoszącą się do szerszego ujęcia traumy, uznając, że jest to zjawisko poważnego zagrożenia dla integralności psychicznej, podczas doświadczenia skrajnie przykrego zdarzenia, w czasie którego człowiek nie może sobie poradzić mimo wykorzystywania własnych zasobów (Briere, Scott, 2010). W szerokim ujęciu traumą można określać wszelkie urazy psychiczne występujące na różnych etapach życia człowieka (kryzysy, konflikty, zagrażające życiu przewlekłe choroby somatyczne i psychiczne), które łączą się z ryzykiem wystąpienia emocjonalnych, poznawczych i społecznych zaburzeń. Kontrowersje definicyjne dotyczą głównie kategoryzacji wydarzeń jako potencjalnie traumatycznych, a co za tym idzie rozpoznawania traum występujących w okresie dzieciństwa.

Lenore C. Terr (1991) wskazuje na dwa podstawowe typy traumy doświadczanej w tym okresie życia: typu I i typu II. Pierwszy jest rezultatem zdarzenia pojedynczego i krótkotrwałego, zazwyczaj bardzo intensywnego, drugi dotyczy sytuacji długotrwałych i powtarzających się wynikających z narażenia na działanie traumatycznych czynników zewnętrznych. W literaturze przedmiotu używa się niekiedy pojęcia stresora potencjalnie traumatycznego, co podkreśla rozróżnienie obiektywnego wydarzenia od sposobu indywidualnego reagowania na nie. W tym ujęciu zdarzenie ma charakter traumatyczny wtedy, gdy, pomimo literalnego innego znaczenia, wywołuje ono u osoby objawy potraumatyczne (Lis-Turlejska, 2000).

Poza wąskim i szerszym rozumieniem traumy oraz jej typów (I i II) istnieje jeszcze kryterium podziału ze względu na elementy zależne od człowieka oraz te, pozostające poza jego wpływem (Dudek, 2003). W zależności od interpersonalnego zaangażowania traumę umieszcza się na kontinuum od pozaosobowych naturalnych katastrof czy wypadków, poprzez interpersonalne – gwałt, seksualne wykorzystanie, terroryzm, aż do traumy przywiązania (Allen, 2005). Podstawowa różnica między traumą inter-

personalną a traumą więzi polega na tym, że ta pierwsza wywołuje lęk przed drugim człowiekiem, natomiast ta druga może skutkować lękiem przed emocjonalną bliskością i zależnością bądź jednym i drugim.

## SKUTKI DOŚWIADCZEŃ TRAUMATYCZNYCH DLA DZIECKA I RODZINY

Trauma dziecięca jako uraz emocjonalny nie pozostaje bez wpływu na poszczególne obszary psychicznego rozwoju dziecka oraz jego integralność, co może uniemożliwiać dalsze prawidłowe funkcjonowanie, przekraczając możliwości adaptacyjne dziecka (Margolis, 1999). Uraz będący doświadczeniem traumatycznym powoduje aktywację szeregu mechanizmów obronnych, które manifestując się w objawach wpływają na funkcjonowanie jednostki. Stan ten jest generowany u dziecka głównie w wyniku braku wsparcia i pomocy ze strony osób dorosłych w sytuacji zagrożenia. Dziecko nie posiada ukształtowanych dojrzałych strategii radzenia sobie ze stresem, co więcej jest całkowicie zależne od opiekuna. Towarzyszące mu poczucie omnipotencji własnej oraz chroniącego rodzica zostaje w wyniku doświadczenia obalone. Te uwarunkowania sprawiają, że naturalną konsekwencją doświadczenia traumatycznego jest lęk o życie własne lub bliskiej jej osoby, a także bezsilność wobec sytuacji, której jest ofiarą bądź świadkiem.

Konsekwencją przeżytej traumy jest pojawienie się treści urazowych, które wymagają weryfikacji diagnostycznej i odpowiedniego oddziaływania w procesie terapeutycznym. Najbardziej powszechnymi są: nieufność wobec osób dorosłych, brak poczucia bezpieczeństwa, poczucie bezradności, braku kontroli i panowania nad sytuacją. Skutki urazu zależą od kombinacji kilku czynników. Są to między innymi: wsparcie rodziców, stan zdrowia dziecka i opiekuna, fazy rozwoju, jakość wcześniejszych relacji opiekun–dziecko. Wczesny uraz wpływa na emocjonalny, społeczny i poznawczy rozwój dziecka. Jak wynika z analiz, niesie to za sobą daleko idące konsekwencje, także w życiu dorosłym, uaktywniając się pod postacią nie tylko zaburzeń fizjologicznych, lecz także depresyjnych, dysocjacyjnych, zaburzeń osobowości czy stanów lękowych (Levitan i in., 2003; Matza i in., 2003). Wszystkie je można określić jako chroniczne zaburzenia będące wynikiem przeżytej traumy. Doświadczenia te wpływają w znaczący sposób na poszczególne płaszczyzny rozwoju. Trauma doznana w tak wczesnym okresie zmienia przebieg organizacji rozwijającego się mózgu (Perry i in., 1995). Szczególnie duże zmiany zaznaczają się w strukturach mózgowych dzieci najmłodszych (0–3 lata), które w momencie jej zaistnienia nie posiadały umiejętności sprawnego i swobodnego operowania mową. Im dziecko jest młodsze, tym mniej dojrzałe mechanizmy radzenia sobie z urazem (Briere, 1992; Briere, Scott, 2010; Perry, Pollard, 1998). Te uwarunkowania wpływają na zmiany w zachowaniu dziecka, które w swoim obrazie nie zawsze są oczywiste, powodując trudności diagnostyczne, a tym samym wpływając na problemy z dobraniem odpowiedniego oddziaływania, nierzadko objawy zamiast ustępować manifestują się coraz wyraźniej.

## OBJAWY ZESPOŁU STRESU POURAZOWEGO U DZIECI

Objawy zespołu stresu pourazowego (PTSD) (ang. *post traumatic stress disorder*) są różnorodne w zależności od wieku dziecka. Wśród oznak pourazowych można wymienić symptomy przejawiające się w różnych obszarach funkcjonowania, charakteryzujące

się odmiennym stopniem nasilenia i głębokością w zależności od okresu rozwojowego, w jakim znajduje się dziecko oraz czynników zewnętrznych związanych z sytuacją i rodzajem wsparcia. U niemowląt do szóstego miesiąca życia podstawowe objawy to: pobudzenie, nadmierna odpowiedź na bodźce, drażliwość, zaburzenia fizjologiczne, znaczne wycofanie. Do pierwszego roku życia można obserwować nasilenie reakcji lękowych w nowych sytuacjach, złość, unikanie niektórych sytuacji poprzez wzrost ruchliwości, zaburzenia snu. W trzecim półroczu są zauważalne reakcje dzieci na słowa związane z urazem, a w następnym etapie rozwojowym występują częściej reakcje na symbole związane z urazem, gwałtowne reakcje oraz lęki nocne (Gil, 2006; Scheeringa i in., 1995; Taylor, 2010; van der Kolk, Fisler, 1994). Werbalna zdolność do wyrażenia traumatycznego przeżycia zależy od tego, czy w momencie doświadczania urazu była już wykształcona zdolność mówienia. To wszystko sprawia, że w tak wczesnym okresie rozwoju dziecka diagnoza jest często znacznie utrudniona i nieoczywista.

Na podstawie analiz objawów stresu potraumatycznego u dzieci najmłodszych (Scheeringa i in., 1995) zasadne jest rozpoznawanie PTSD u niemowląt (do 48. miesiąca życia), jeśli jest spełnione chociażby jedno z czterech kryteriów: powtarzające się przeżywanie, obniżona aktywność (widoczne społeczne wycofanie, sztywny afekt, utrata nabytych umiejętności), nadpobudliwość (odpowiadania przestraszeniem na bodźce, nadmierne rozdrażnienie czy pobudzenie dziecka, nagłe ataki złości, kłopoty z koncentracją i skupieniem uwagi), strach i agresja (zachowania agresywne, bliski kontakt z opiekunami, lęk przed toaletą lub przedmiotami). Charakterystyczne, szczególnie u dzieci młodszych, są także objawy regresji oraz wzrost lęku separacyjnego (Dąbkowska, 2014; Taylor, 2010). Przeżyciem wywołującym najsilniejszy uraz w tej grupie wiekowej nie musi być przemoc skierowana w stosunku do dziecka, a sytuacja, gdy dziecko było świadkiem przemocy skierowanej wobec osoby mu najbliższej. U tych dzieci najczęściej rozwijają się objawy PTSD. Dodatkowo należy zaznaczyć, że u niemowląt powyżej 18. miesiąca życia obserwowano więcej objawów nawrotu stresu niż u jeszcze młodszych (Scheeringa i in., 1995).

W przypadku dzieci powyżej drugiego roku życia możemy obserwować ujawniające się objawy charakterystyczne dla starszych dzieci zawarte w klasyfikacji DSM-5 (kryteria diagnostyczne dla dzieci sześciolatków i młodszych). U tych dzieci dodatkowym symptomem jest reagowanie trudnościami w relacjach interpersonalnych, obniżeniem poczucia własnej wartości i samooceny. Należy zauważyć, że różnorodność sposobów reagowania przez dziecko także następuje problemom diagnostycznym. Dzieci mogą nie ujawniać części objawów w ogóle lub wszystkich jednocześnie, objawy mogą być odroczone lub przechodzić w stany somatyzacyjne.

Konkludując, kryteria rozpoznawania PTSD u dzieci do lat sześciu opierają się o kilka ważnych elementów. Przede wszystkim dotyczy to dzieci, które przeżyły wydarzenie mogące wywołać uraz u każdego (były jego świadkiem lub uzyskały informację o takim zdarzeniu, zwłaszcza gdy dotyczyło ono opiekuna), a w konsekwencji przeżywają je wielokrotnie od nowa na różne sposoby, reagując wycofaniem i wzrostem napięcia (Pynos, 1990). Zgodnie z klasyfikacją diagnostyczną DSM-5 (APA, 2013) do diagnozy PTSD niezbędna jest obecność konkretnych objawów odtwarzania, unikania, pobudzenia oraz zmian w funkcjonowaniu będących skutkiem przeżycia, pojawiających się po zdarzeniu traumatycznym, takich jak:

- powtarzające się, niechciane i intruzywne stresujące wspomnienia traumatycznego wydarzenia, które w przypadku dzieci mogą być spontanicznie wyrażane przez zabawę i nie muszą wydawać się stresujące;

- powtarzające się koszmarne sny, których treść i/lub afekt może odnosić się do zdarzenia traumatycznego, choć zdarza się, że przerażające treści snów nie mają jasnego związku z przeżyтым zdarzeniem;
- reakcje dysocjacyjne (flashbacki), w których dziecko może się czuć lub zachowywać, jakby zdarzenie traumatyczne się powtarzało (niekiedy z całkowitą utratą świadomości otoczenia). Podobnie jak w przypadku intruzji odtwarzanie sytuacji związanych z traumą może pojawić się również w zabawie;
- intensywna lub/i przedłużona reakcja stresowa na ekspozycję na sygnały (zewewnętrzne lub wewnętrzne), symbolizujące lub przypominające, jakiś aspekt zdarzenia traumatycznego;
- znacząca fizjologiczna reakcja na te sygnały (APA, 2013).

Kolejne kryterium odnosi się do utrzymującego się unikania bodźców kojarzonych ze zdarzeniem traumatycznym lub/i negatywnych zmian w procesach poznawczych lub emocjonalnych. Objawy te muszą pojawić się po zaistnieniu zdarzenia lub zaostrzyć się po jego wystąpieniu. Utrzymujące się unikanie bodźców obejmuje aktywności, miejsca lub fizyczne symbole kojarzone ze zdarzeniem traumatycznym, jak również podejmowanie wysiłków, by uniknąć rozmów i kontaktów interpersonalnych, które wzbudzają wspomnienia traumy. Negatywne zmiany w procesach poznawczych dotyczą natomiast znacznego zwiększenia częstości odczuwania negatywnych stanów afektywnych (np. strach, wina, smutek, wstyd, zmieszanie) z jednoczesnym obniżeniem możliwości przeżywania pozytywnego afektu. Wskutek tego dziecko wyraża znacząco obniżone zainteresowanie lub uczestnictwo w istotnych aktywnościach, włączając ograniczenie aktywności w formie zabawy. Przykładowo zabawa, która była wyjątkowo atrakcyjna, nie powoduje radości, a ograniczenia w wyrażaniu pozytywnych emocji utrzymują się. Obserwowane są także zmiany zachowania o charakterze wycofania społecznego, wpływające na całościowy obraz funkcjonowania dziecka.

Następne kryterium dotyczy znaczących zmian w pobudzeniu i reaktywności związanej ze zdarzeniem traumatycznym, które pojawiły się lub pogłębiły po zdarzeniu i przejawiają się w postaci poirytowania, wybuchów gniewu (nawet przy niewielkiej prowokacji lub jej braku), zwykle wyrażane w postaci werbalnej lub fizycznej agresji wobec ludzi i przedmiotów (włączając napady złości, często ekstremalne). Ponadto opiekunowie obserwują u dzieci, które były ofiarami doświadczeń traumatycznych, wzmożoną czujność, wyolbrzymioną reakcję przestraszenia, znaczne problemy w koncentracji oraz zaburzenia snu (np. trudności z zaśnięciem, ciągłością snu, sen niedający wypoczynku).

Jeśli przytoczone objawy trwają dłużej niż 1 miesiąc, powodując klinicznie istotny dystres lub zakłócenia w relacjach z rodzicami, rodzeństwem, innymi opiekunami lub w zachowaniach w szkole, możemy stwierdzić zespół stresu pourazowego. Kryterium wykluczającym jest przeżywanie tychże stanów jako fizjologicznych skutków używania substancji psychoaktywnych (np. alkoholu, leków) lub innych uwarunkowań medycznych.

Warto zaznaczyć, że szczegółowe kryteria diagnostyczne mogą wskazywać na inną jednostkę diagnostyczną w zależności od czasu trwania objawów oraz czasu ich ujawnienia, na przykład, gdy przywołane objawy trwają do 30 dni kryteria wskazują na zespół ostrego stresu (*acute stress disorder*, ASD). Klasyfikacja DSM-5 wyróżnia ponadto dwa specyficzne zaburzenia występujące w okresie dzieciństwa, związane z doświadczaniem specyficznego typu wydarzeń traumatycznych w tym okresie rozwojowym. Są to reaktywne zaburzenie przywiązania oraz odhamowane angażowanie się

w relacje społeczne (APA, 2013). Pierwsze z nich charakteryzuje się uporczywymi odchyleniami od normy we wzorcach wytwarzania więzi u dziecka, które są związane z zaburzeniami emocjonalnymi (brak społecznej i emocjonalnej reaktywności na innych, ograniczenie pozytywnego afektu, epizody nieuzasadnionej drażliwości, smutku, lęku). Drugi przejawia się w zmniejszeniu lub braku odpowiedniego zahamowania w nawiązywaniu relacji z nieznanymi dorosłymi.

W zakresie demonstrowanych objawów po stresie u dzieci zaznaczają się także pewne różnice zależne nie tylko od wieku, lecz także płci. Wyróżnia się dwie główne odpowiedzi na stres: pobudzenie lub dysocjacja. Młodsze dzieci i dziewczynki wykazują skłonności do reagowania zaburzeniami dysocjacyjnymi w postaci unikania, zamierania, ucieczki w marzenia, fugi, depersonalizacji, aż do katatonii. U podłoża takich reakcji leżą reakcje na poziomie neurobiologicznym, których dokładna etiologia nie jest znana, ale prawdopodobnie znaczną rolę spełnia tu system opioidowy, dopaminowy oraz oś HPA. U starszych dzieci znacznie częściej obserwuje się nadaktywność układu sympatycznego (Ornitz, Pynoos, 1989; Perry i in., 1995; Scheeringa i in., 1995). Takie uwarunkowania powodują, że starsze dzieci i chłopcy częściej reagują w modelu pobudzenia i agresji. Dzieci mogą mieć wspomniane wcześniej koszmary senne lub budzić się z lękiem i nie pamiętać treści snu. Mogą uskarżać się na bóle głowy, brzucha lub inne dolegliwości fizyczne. Często jest współistnienie zaburzeń lękowych, depresji, zaburzeń zachowania, deficytu uwagi. Dzieci, które doznały urazu psychicznego, są podatne na uzależnienia i ryzykowne zachowania.

W późniejszych okresach, oprócz omówionych wcześniej najbardziej typowych zaburzeń związanych ze stresem traumatycznym, w literaturze przedmiotu wyróżnia się także złożony zespół stresu pourazowego, który wiąże się z przedłużoną lub powtarzającą się traumą, sięgającą okresu dzieciństwa. Do podstawowych cech zespołu zalicza się: poczucie winy, stygmatyzację, zaburzenia tożsamości osobistej (ciągłości *Ja* – trudność w integrowaniu przeszłości i teraźniejszości) oraz zaburzenia tożsamości społecznej (Herman, 1998; Solomon, Heide, 1999). Te zaburzenia należą do skutków traum dziecięcych i obserwować je możemy u dorosłych ofiar tych doświadczeń. Warto zaznaczyć, że zaburzenia po stresie traumatycznym nie dotyczą wszystkich dzieci, które były narażone na doświadczenia kryzysowe. Analizy prowadzone w tym zakresie wskazują na rozpowszechnienie zdarzeń potencjalnie mogących wywołać zaburzenia stresowe pourazowe u dzieci i młodzieży na poziomie 59–70% (Dąbkowska, 2002). Co czwarte dziecko doświadcza objawów PTSD (Cohen i in., 2010).

## ELEMENTY WPŁYWAJĄCE NA TRUDNOŚCI DIAGNOSTYCZNE

Skoro sama definicja traumy dostarcza trudności i zależy od jej szerszego bądź węższego rozumienia, podobne kontrowersje mogą dotyczyć procesu diagnostycznego. W przypadku najmłodszych ofiar zdarzeń traumatycznych oraz ich skutków w życiu dorosłym trauma wymaga często szerszego spojrzenia. Szersza definicja pozwala zwrócić uwagę także na kontekst doświadczeń traumatycznych, co jest szczególnie istotne w sytuacji nadużyć wobec dzieci. W przypadku diagnozy traumy może dochodzić zarówno do jej niedoszacowania, jak i przeszacowania. Przyczyny tego stanu są wielorakie, odnoszą się zarówno do sposobu diagnozowania traumy, analizy i oceny zależności między zasobami poszczególnych osób a wydarzeniem urazowym, jak i indywidualnego sposobu percepcji i oceny sytuacji oraz dostępno-

ści wsparcia. Tymczasem następstwa niedoszacowania bądź przeszacowania traumy w sposób istotny wpływają na funkcjonowanie osoby, jakość jej życia, stan zdrowia i funkcjonowanie społeczne.

Rozpoznanie u dziecka zaburzeń emocjonalnych jako zespołu stresu pourazowego może być trudne ze względu na maskowanie objawów odroczonej, czas ich ujawnienia, ukrywanie niepokojących symptomów z powodu poczucia winy i wstydu, niejasnego związku pomiędzy traumatycznym wydarzeniem a pustką emocjonalną, złością, lękiem i objawami fizjologicznymi, które w przypadku dzieci ujawniać się mogą wiele miesięcy po zdarzeniu. Niektórzy rodzice, nie mając świadomości istnienia tego typu jednostki chorobowej, uważają, że objawy ustąpią same i nie ma potrzeby szukać pomocy. Diagnoza zaburzenia po stresie traumatycznym nie cieszy się popularnością wśród lekarzy psychiatrów, także z uwagi na fakt, że jest to jednostka chorobowa ujawniająca wiele zaburzeń współwystępujących, takich jak np. depresja, lęki specyficzne, uzależnienia, które wybijają się na pierwszy plan. Jednym z dość często mylnych z PTSD zaburzeń jest zaburzenie z deficytem uwagi i nadpobudliwością (ang. ADHD). W praktyce terapeutycznej często spotykane są przypadki dzieci z rozpoznaniem tego zaburzenia, które po dokładnej diagnozie różnicowej okazują się wpisywać w objawy PTSD. Co więcej, obserwuje się remisję objawów po zastosowaniu oddziaływania terapeutycznego. Problem ten wymaga przyjrzenia się obrazowi klinicznemu tego drugiego zaburzenia.

## ZABURZENIE Z DEFICYTEM UWAGI I NADPOBUDLIWOŚCIĄ

Zaburzenie z deficytem uwagi i nadpobudliwością określane pochodzącym od anglojęzycznej nazwy tego zaburzenia skrótem ADHD jest zaburzeniem neurorozwojowym, którego częstość występowania szacuje się na 3–6% populacji dzieci w wieku wczesnoszkolnym (Pisula, 2003). Cechą wyróżniającą dzieci z ADHD jest występowanie w ich zachowaniu pewnych trwałych wzorców, które układają się w charakterystyczną dla tego zaburzenia triadę objawów, czyli zaburzenia koncentracji uwagi, impulsywność i nadaktywność (Barkley, 2006; Wolańczyk, Komender, 2007).

Zaburzenia uwagi przejawiają się zbyt krótkim w stosunku do możliwości rozwojowych czasem skupiania uwagi czy problemami z dłuższym utrzymywaniem uwagi na danej aktywności, nawet przy sprzyjających warunkach zewnętrznych (Borkowska, 2006; Święcicka, 2005; Wolańczyk i in., 1999). U tej grupy dzieci mało efektywnie działa także mechanizm selekcji uwagi, co sprawia, że mają one trudność z wyborem najważniejszego w danym momencie bodźca i łatwo rozpraszają się pod wpływem nieistotnych dystraktorów. Impulsywność oznacza, że zachowanie dziecka z ADHD jest podporządkowane impulsowi pojawiającemu się w danej chwili bez przewidywania, jakie mogą być skutki danego działania zarówno dla samego dziecka, jak i innych osób (Borkowska, 2006). Podejmowane przez nie aktywności nie są zatem poddawane refleksji, ale stanowią natychmiastową odpowiedź na zaistniałą sytuację. Nadaktywność przejawia się wzmożoną ruchliwością dziecka, która nie jest powiązana z celowym działaniem. Może ona przybierać formę ekspansji ruchowej bądź niepokoju ruchowego. Nasilenie poszczególnych objawów może zmieniać się w zależności od sytuacji, w jakiej znajduje się aktualnie dziecko, niemniej jednak pozostaje ono niewspółmierne do jego wieku i poziomu rozwoju oraz niekorzystnie wpływa na jego funkcjonowanie w wielu sferach.

Obok deficytów uwagi cechą charakterystyczną funkcjonowania poznawczego dzieci z ADHD jest brak powściągu myślowego, który przejawia się gonitwą myśli, pochopnością wnioskowania czy nadmiernym fantazjowaniem. Obserwuje się także problemy z uczeniem się na podstawie wcześniejszych doświadczeń, które są związane z zaburzeniami pamięci operacyjnej, a przejawiają się sztywnością myślenia i persewacją zachowań, czyli powtarzaniem niezmiennego sposobu wnioskowania i tych samych zachowań mimo informacji, że są one błędne. Zakłócone są też zdolności planowania i to zarówno w odniesieniu do złożonych działań o rozbudowanej sekwencji, jak i prostych aktywności. W zakresie funkcjonowania emocjonalnego u dzieci z ADHD obserwuje się trudności w zakresie regulacji emocji, które skutkują dużą labilnością emocji i wzmożoną reaktywnością emocjonalną. Ponadto dzieci z tym zaburzeniem borykają się z wieloma problemami dotyczącymi funkcjonowania w sferze kontaktów społecznych, które sprawiają, że nie są one lubiane przez rówieśników i rzadko udaje się im nawiązać satysfakcjonujące relacje społeczne.

Formalna diagnoza ADHD ma charakter objawowy i opiera na kryteriach zawartych w medycznych klasyfikacjach chorób i problemów zdrowotnych, takich jak ICD-10 (2000) czy DSM-5 (2013). Klasyfikacje te różnią się jednak dość istotnie między sobą. W klasyfikacji DSM-5 (2013) uwzględniono neurorozwojowy charakter tego zaburzenia i jego niejednorodność odzwierciedlającą się w możliwości rozpoznania trzech podtypów ADHD. Zgodnie z klasyfikacją ICD-10 (2000) możliwe jest jedynie zdiagnozowanie zaburzeń hiperkinetycznych, które odpowiadają mieszanemu podtypowi ADHD. Takie ujęcie skutkuje niedoszacowaniem objawów i pominięciem dzieci z pozostałymi podtypami, które nie otrzymają prawidłowego rozpoznania, a co za tym idzie nie będą mogły otrzymać odpowiedniej pomocy, choć ich funkcjonowanie będzie w znaczący sposób zakłócone (Lahey i in., 2006). Nie ma też jednego modelu procedury diagnozy, która powinna być stosowana w sytuacji podejrzenia występowania ADHD (Pelham, Fabiano, Massetti, 2005). Wiele skal szacunkowych, które są uważane za użyteczne narzędzia do oceny stopnia nasilenia objawów nieuwagi i impulsywności bądź skutków wtórnych ich występowania nadal nie jest w Polsce dostępna (Pelham, Fabiano, Massetti, 2005; Świącicka, 2011).

Można spotkać się także z głosami negującymi zasadność stawiania diagnozy zaburzeń z deficytem uwagi i nadaktywnością ze względu na małą specyficzność objawów i wysoką częstość obserwowania podobnych problemów u dzieci z innymi rozpoznaniami (Faraone, 2005). Ich słuszność jest podważana przez dane wskazujące na neurobiologiczne uwarunkowania ADHD. Zgodnie ze współczesnym stanem wiedzy za przyczynę pojawienia się charakterystycznej triady objawów uważa się nieprawidłowości na poziomie biochemicznym i strukturalnym określonych struktur układu nerwowego – kory przedczołowej, jąder podstawy, mózdzka i spoidła wielkiego (Pisula, 2003). Są one powodowane zmianami w obrębie materiału genetycznego, którego ekspresja jest modyfikowana przez czynniki środowiskowe (Borkowska, 2006; Dickstein i in., 2006; Wolańczyk, Komender, 2007).

Lista czynników środowiskowych, które mogą być związane z powstawaniem objawów ADHD, jest długa. Wśród nich znajdują się również zdarzenia traumatyczne. Powstały też koncepcje dotyczące kształtowania się zaburzeń z deficytem uwagi i nadaktywnością, które łączyłyby wiedzę na temat wpływu traumatycznych doświadczeń z doniesieniami z zakresu neurobiologii (Kenny, Lane, 1997; Orford, 1998; Perry i in., 1995). Punktem wyjścia tego kierunku myślenia było zainteresowanie podobieństwem występującym pomiędzy objawami ADHD a tymi, które pojawiają się w wyni-



ku doświadczenia traumy – potrzeba szybkiego reagowania i działania, potrzeba bycia w stanie ciągłej gotowości w oczekiwaniu na niebezpieczeństwo czy niemożność koncentracji na innych niż własne bezpieczeństwo sprawach. Obserwacje w połączeniu z informacjami na temat powstawania oraz rozwoju sieci neuronalnej i mózgu doprowadziły badaczy do postawienia hipotezy. Zgodnie z nią w krytycznym dla tworzenia się zdolności do kontroli i regulacji emocji okresie w niemowlęctwie niektóre dzieci przeżywają traumę, czego efektem jest ukształtowanie się automatycznej i będącej wynikiem habituacji organizmu reakcji na otoczenie, które nieustannie postrzegane jest jako potencjalnie zagrażające.

W starszym wieku doświadczenia z dzieciństwa u tej grupy dzieci przejawiają się wzmożoną wrażliwością na zagrożenie i trwaniem w stanie ciągłego pobudzenia i gotowości (Orford, 1998). Powoduje to, że reagują one bardzo szybko, impulsywnie, bez zastanowienia, przy czym raczej jest to odpowiedź na antycypowane niebezpieczeństwo, na którym się koncentrują niż na to, co naprawdę dzieje się w ich życiu. Niemowlęta mogą zatem bardzo wcześnie przyzwyczaić się do uczucia strachu i zagrożenia wywołanego przykrymi doświadczeniami, które w subiektywnym odczuciu rodziców mogą wcale nie być postrzegane jako negatywne, czego przejawem w starszym wieku są właśnie zachowania i problemy typowe dla ADHD (Perry i in., 1995). Ten kierunek myślenia nie znalazł jednak wielu kontynuatorów, choć wpisuje się we współczesne podejście do rozumienia patomechanizmu ADHD (Nigg, 2015; Nigg i in., 2005), zgodnie z którym wyróżnia się dwie ścieżki powstawania objawów. Jedna związana jest z deficytami kontroli poznawczej i uwagi. W drugiej istotną rolę odgrywają zakłócenia regulacji emocjonalno-motywacyjnej. Ścieżki te mogą lub nie ze sobą współwystępować, tworząc specyficzny dla danego dziecka mechanizm powstawania objawów.

ADHD jest zaburzeniem niejednorodnym zarówno pod względem patomechanizmu, objawów, jak i obrazu klinicznego, co rodzi wiele trudności diagnostycznych. Dodatkowo u 50–80% dzieci ADHD współwystępuje z innymi zaburzeniami, w tym najczęściej z innymi zaburzeniami eksternalizacyjnymi, czyli zaburzeniami opozycyjno-buntowniczymi oraz zaburzeniami zachowania (Biederman, Newcorn, Sprich, 1991). Około 40% dzieci z ADHD cierpi również z powodu zaburzeń depresyjnych czy lękowych (Drabick, Gadow, Sprafkin, 2006; Tannock, 1998). Trudności w koncentracji uwagi, brak umiejętności przewidywania konsekwencji zdarzeń czy adekwatnego reagowania sprawiają, że dzieci z tym rozpoznaniem są bardziej narażone na różnego rodzaju urazy czy wypadki niż zdrowi rówieśnicy, przy czym często mają one bardziej poważny charakter i dotyczą głowy lub wielu obszarów ciała (Wolańczyk, Komender, 2007). Grupa ta częściej ulega różnego rodzaju wypadkom komunikacyjnym, np. podczas brawurowej jazdy na rowerze (Barkley, 2000). Osoby z ADHD są także częściej zaangażowane w różnego rodzaju zachowania ryzykowne, takie jak niebezpieczna jazda samochodem, ryzykowne kontakty seksualne czy granie w gry hazardowe (Groen i in., 2013). Występowanie ADHD w dzieciństwie jest czynnikiem ryzyka dla rozwoju uzależnienia od nikotyny, alkoholu, marihuany czy kokainy (Molina, Pelham, 2014).

Wyniki badań wskazują również, że wśród dzieci z ADHD jest podwyższony poziom niekorzystnych doświadczeń rodzinnych (ang. *family adversity*), co jest źródłem silnego stresu i negatywnych przeżyć (Breux, Brown, Harvey, 2017). Występowanie objawów ADHD u dzieci wydaje się także wiązać się ze stosowaniem przez rodziców niespójnej dyscypliny (Ellis, Nigg, 2009; Martel i in., 2012), jak i innych negatyw-

nych praktyk rodzicielskich, takich jak kary cielesne czy słaba kontrola (Johnston, Jassy, 2007; Johnston, Mash, 2001). Środowisko rodzinne może być zatem źródłem wielu negatywnych i stresujących sytuacji dla dziecka z ADHD. W świetle przedstawionych danych dość oczywiste wydaje się, że jak wskazują wyniki wielu prac osoby z ADHD doświadczają traumatycznych przeżyć i są w większym stopniu narażone na rozwój zaburzeń po stresie traumatycznym (Cuffe, McCullough, Pumariega, 1994; Ford i in., 2000; Martinez i in., 2016; Weinstein, Staffelbach, Biaggio, 2000).

### Różnicowanie PTSD i ADHD

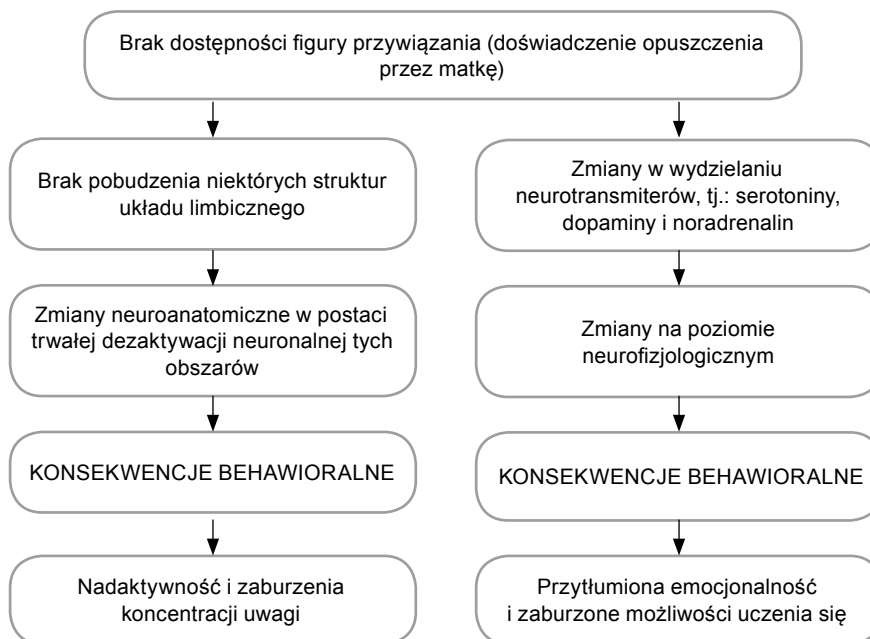
Związek tych dwóch grup zaburzeń może mieć różny charakter, co rodzi wiele wątpliwości diagnostycznych. Z jednej strony ADHD i PTSD mogą współwystępować, co wpływa niekorzystnie na funkcjonowanie i nasila objawy ADHD, z drugiej zaś PTSD jest niejako konsekwencją występowania ADHD (Ford i in., 2000; Weinstein, Staffelbach, Biaggio, 2000). Niektóre objawy, jak chociażby deficyty uwagi, mogą być wspólne dla obydwu zaburzeń, choć mechanizm ich powstawania, a co za tym idzie też terapii, będzie zupełnie inny. Ponadto objawy jednego zaburzenia mogą maskować objawy drugiego i skutkować mylnym rozpoznaniem. Większość objawów PTSD będziemy mogli zaobserwować u osób z ADHD na skutek deficytów hamowania zarówno na poziomie behawioralnym, jak i poznawczym. Problemy z koncentracją uwagi i kontrolą impulsu będą występowały u dzieci z zaburzeniami po stresie traumatycznym, które będą musiały się mierzyć z powracającymi przeżyciami traumatycznymi i napięciem pojawiającym się w każdej sytuacji przypominającej zdarzenie traumatyczne. Niektórzy badacze wskazują nawet, że nakładanie się objawów tych dwóch zaburzeń może być związane z deficytami sprawności funkcji wykonawczych (Martinez i in., 2016).

W tabeli 1 przedstawiono wstępnie opracowane przez autorki porównanie objawów obydwu zaburzeń. Może ono stanowić wskazówkę diagnostyczną pomocną przy różnicowaniu pomiędzy zaburzeniami. Nieprawidłowe rozpoznanie czy pominięcie faktu współwystępowania zaburzeń będzie bowiem skutkowało niedopasowaniem oddziaływań terapeutycznych i pogłębianiem się objawów (Weinstein, Staffelbach, Biaggio, 2000).

Analizując czynniki wspólne i różnicujące PTSD i ADHD, należy odnieść się także do biologicznych wskaźników obydwu zaburzeń. Dla przykładu brak bezpiecznego przywiązania oraz konfrontacja z traumatycznymi stresorami mogą wpływać hamująco na rozwój mózgu (Ahnert, 2010; Braun, Helmke, Bock, 2009). Mechanizm ten zaprezentowano na rysunku 1.

Biologiczną podstawą negatywnego wpływu traumy na mózg ludzki jest wpływ znacznych ilości hormonów nadnerczowych (glikokortykosteroidów) wydzielanych w czasie traumatycznego doświadczenia, które działają aktywnie na ośrodkowy układ nerwowy, uruchamiając procesy neurodegeneracyjne i zmieniając metabolizm w mózgu. Następuje aktywacja układu hormonalnego podwzgórze–przysadka–nadnercza, co prowadzi do wydzielania znacznych ilości toksycznego kortyzolu oraz amin katecholowych, głównie adrenaliny i noradrenaliny (Perry, Pollard, 1998; Perry i in., 1995). Wyniki te są szczególnie interesujące dla prezentowanych tu analiz, ponieważ znany jest udział serotoniny i katecholamin w powstawaniu takich zaburzeń, jak depresja, schizofrenia czy ADHD (Miura i in., 2008).

System nerwowy zmienia się i kształtuje w odpowiedzi na powtarzające się wzorce aktywacji neuronalnej. Zgodnie z zasadą użyteczności stany panicznego lęku i prze-



RYSUNEK 1. Wpływ doświadczenia silnego stresu wynikającego z rozstania z matką na rozwój mózgu dziecka na przykładzie badań z obszaru teorii przywiązania

Źródło: opracowanie na podstawie Braun, Heimke, Bock, 2009.

rażenia w sytuacji traumatycznej powodują modyfikację struktur mózgowych, pociągając za sobą mobilizację i aktywację systemów rozmieszczonych w całym mózgowiu (korze, układzie limbicznym, śródmózgowiu, obszarach mostu i opuszki) (Perry, Pollard, 1998; Pynoos, Nader, 1989; Schwartz, Kowalski, 1991; Schwarz, Perry, 1994; Terr, 1983). Elementy traumatycznych przeżyć są zatem przechowywane w systemach – poznawczym, motorycznym, emocjonalnym oraz regulacji ‘stanu’, wspólnie tworząc pamięć chronicznego urazu.

Niektóre struktury pod wpływem skrajnego stresu ulegają całkowitej zmianie. Tak się dzieje w przypadku hipokampa, bardzo ważnej struktury odpowiedzialnej nie tylko za pamięć, uczenie się, lecz także nastrój oraz emocje, którego objętość pod wpływem doświadczeń traumatycznych ulega zmniejszeniu. Traumatyczne doświadczenia mają też wpływ na zaburzenia integracji między półkulami mózgu. ADHD jest z kolei zaburzeniem neurorozwojowym, które powstaje na skutek nieprawidłowego uwarunkowanego zarówno konstytucjonalnie, jak i środowiskowo wzorca rozwoju mózgu. Jak już wspomniano, zaburzenia mają charakter zarówno strukturalny, jak i metaboliczny oraz obejmują okolice płatów czołowych, jąder podstawy, mózdzka i spoidła wielkiego. Dane na temat neurobiologicznych uwarunkowań każdego z zaburzeń ze względu na objawowy charakter diagnozy nie są brane pod uwagę, a wydaje się, że mogłyby stanowić pewną wskazówkę różnicującą. W tabeli 1 zaprezentowano przykład dokonania rozróżnienia pomiędzy ADHD z uwzględnieniem objawów zaburzeń funkcjonowania dziecka w zależności od tego, czy mamy do czynienia z zaburzeniami po stresie traumatycznym oraz zespołu nadpobudliwości psychoruchowej.

TABELA 1. Czynniki wspólne i różnicujące PTSD i ADHD

Objaw zaburzenia funkcjonowania	Przyczyny	
	w PTSD	w ADHD
Nadpobudliwość	Obawa przed powtórzeniem się doświadczenia; Wyczekiwanie – stan gotowości; Wzrost napięcia i drażliwości; Odpowiadanie przestraszonym bodźcom skojarzonym z traumą; Obniżona aktywność przedniej części kory obręczy – obszaru mózgu hamującego jądro migdałowe i inne rejony zaangażowane w odpowiedź na odczuwany strach	Uwarunkowana neurobiologicznie
Zaburzenia koncentracji	Jest wynikiem koncentracji na poszukiwaniu i rozpoznawaniu zagrożeń	Uwarunkowane neurobiologicznie (niska odporność na dystraktory, problemy z hamowaniem reakcji automatycznych)
Impulsywność	Wynik nasilonej czujności; reakcje obronne; Nadmierna reakcja na bodźce skojarzone z traumą	Uwarunkowane neurobiologicznie deficyty w zakresie hamowania reakcji
Lęk	Potrzeba zapewniania sobie bezpieczeństwa; Obawa przed utratą rodzica; Zwiększony lęk separacyjny; Obniżona aktywność przedniej części kory obręczy – obszaru mózgu hamującego jądro migdałowe i inne rejony zaangażowane w odpowiedź na odczuwany strach	Zaburzenia uwagi – słaba przetrzutność uwagi skutkująca koncentracją na wywołującym niepokój bodźcu, nieadekwatne strategie uwagowe oparte na potrzebie ochrony przed potencjalnym zagrożeniem; Sztuczność myślenia i skłonność do persewencji związane z zaburzeniami pamięci operacyjnej; Wzmożona reaktywność emocjonalna przejawiająca się łatwym powstawaniem reakcji emocjonalnych i dużą ich intensywnością
Zachowania agresywne	Obawa przed oprawcą; Brak zaufania do świata i ludzi; Próba obrony; Nastawienie na unikanie krzywdy i zapewnianie sobie bezpieczeństwa; Otwarta wrogość, złość, która wynika z faktu braku kontroli nad własnym życiem	Wtórne wobec problemów w zakresie hamowania reakcji; będące skutkiem nieprawidłowości w zakresie funkcjonowania w relacjach społecznych (potrzeba dominowania i kontroli); brak umiejętności współpracy; reakcja na odrzucenie przez grupę rówieńczą
Zaburzenia snu	Koszmary senne (nie tylko o treści zdarzenia) jako objaw odtwarzania; Trudności z zasypianiem i sen niedający wypoczynku jako objaw pobudzenia	Mogą pojawiać się trudności z zaśnięciem związane z nadmiernym poziomem pobudzenia ruchowego i emocjonalnego

Objaw zaburzenia funkcjonowania	Przyczyny	
	w PTSD	w ADHD
Kłopoty w nauce	Mózg częściowo ogranicza funkcjonowanie poznawczo-rozwojowe i koncentruje się na funkcji przetrwania; Natrętne wyobrażenia negatywnego zdarzenia powodują większą aktywizację sieci neuronalnych gwarantujących przetrwanie w trudnej sytuacji lub w obawie przed jej powtórzeniem, co ma swój wyraz w ograniczonej możliwości przetwarzania informacji lub/i absorbowania danych niezwiązanych z aktualnie realizowanym zadaniem	Dzieli się na dwie grupy: (1) problemy związane z opanowaniem nauczanego materiału i wykorzystaniem zdobytej wiedzy wynikające z deficytów uwagi, zaburzeń pamięci operacyjnej, wolniejszego tempa przetwarzanie informacji (ang. <i>sluggish cognitive tempo</i> ) oraz trudności z planowaniem; (2) problemy związane z funkcjonowaniem w roli ucznia wynikające z trudności w przestrzeganiu reguł i zasad obowiązujących w szkole oraz nieprawidłowości w funkcjonowaniu społecznym
Obniżony nastrój	Dominujący; Spowodowany przez natrętne wyobrażenia negatywnego zdarzenia; Wynik obawy przed powtórzeniem się traumy; Utrata poczucia bezpieczeństwa; Zmieniony metabolizm w obszarach mózgu zaangażowanych w postrzeganie zagrożenia (układ limbiczny)	Problem wtórny wobec ADHD powodowany przez frustrację potrzeby sukcesu, niemożność odnalezienia się w grupie rówieśniczej, koncentrację na niepowodzeniach, trudności z ukształtowaniem spójnego obrazu siebie; Skutek współwystępujących zaburzeń depresyjnych
Izolowanie się	Usiłowanie uniknięcia sytuacji kojarzących się z negatywnym doświadczeniem; Obawa przed powtórzeniem się traumy; Poczucie stygmatyzacji; Poczucie samotności	Obserwowane u dzieci z podtypem ADHD z przewagą zaburzeń koncentracji uwagi, które sprawiają wrażenie nieobecnych, „śniących na jawie”, mających trudności z rozumieniem sytuacji społecznych i w związku z tym przyjmujących pozycję dziecka pomijanego/ignorowanego przez rówieśników
Wycofanie z relacji	Unikanie osób, obiektów i miejsc związanych ze zdarzeniem; Trwały brak zaufania; Nieskuteczne próby samoobrony	Jest przejawem trudności w nawiązaniu, a potem utrzymaniu trwałych i głębszych relacji społecznych, mimo chęci i potrzeby bycia w kontakcie z innymi osobami
Regres	Utrata wcześniejszych zdolności (moczenie nocne, lęki separacyjne) jako wynik silnego stresu	Może być mylony z trudnościami w osiągnięciu kolejnych „kamieni milowych” rozwoju
Objawy somatyczne	Bóle głowy; Bóle żołądka; Bóle ginekologiczne; Czasami występuje niezdolność do kontroli reakcji fizjologicznych, np. moczenie się; Objawy konwersyjne	Zwiększona podatność na problemy zdrowotne, która jest obserwowana również u dzieci z innymi zaburzeniami psychiatrycznymi; Częstsze doświadczanie urazów (poparzeń, przypadkowych zatruć, skaleczeń, otarć, urazów głowy, wypadków drogowych podczas jazdy rowerem)

Objaw zaburzenia funkcjonowania	Przyczyny	
	w PTSD	w ADHD
Niska samoocena	Poczucie małej wartości poprzez doświadczenie niemocy swojej lub/i opiekuna; Utrata poczucia omnipotencji; Poczucie bezradności wobec sytuacji; Wstyd, poczucie winy; Niskie mniemanie o własnych zdolnościach	Efekt: braku osiągnięć, zewnętrznego umiejscowienia poczucia kontroli i braku poczucia własnej sprawczości, problemów z planowaniem i niemożności kończenia zadań
Zmiany w świadomości	Amnezja lub hipermnezja; Przejęciowe stany dysocjacji aż do rozszczepienia osobowości i objawów psychotycznych (w skrajnych przypadkach mogą pojawić się omamy i urojenia); Depersonalizacja/derealizacja; Ruminacje przeżyć traumatycznych	Nie występują

Źródło: opracowanie własne na podstawie: APA, 2013; Barkley, 2000, 2006; Borkowska, 2006; Braun, Heimke, Bock, 2009; Cuffe i in., 1994; Martinez i in., 2016; Perry i in., 1995; Pynoos, Nader, 1989; Terr, 1983; Weinstein, Staffelbach, Biaggio, 2000; Wolańczyk, Komender, 2007.

### Podsumowanie i wnioski

Czynników wspólnych dla obydwu zaburzeń jest wiele, niemniej jednak podstawową różnicę stanowi etiologia. W przypadku PTSD można się posłużyć cytatem: „Wszystkie urazy okresu dzieciństwa pochodzą z zewnątrz, żadne nie powstaje jedynie w umyśle dziecka [...] trauma rozpoczyna się zdarzeniem będącym poza dzieckiem, ale z chwilą tego zdarzenia mają miejsce różne wewnętrzne zmiany w samym dziecku” (Terr, 1995, s. 303). W przypadku ADHD możemy mówić o zmianach określonych obszarów układu nerwowego na poziomie strukturalnym i biochemicznym jako podstawowej przyczynie. Problem polega na tym, że rodzice, nauczyciele, czy wreszcie sami psychologowie i pedagodzy obserwują skutki, a nie przyczyny, stąd tak częste przypadki pomylnych diagnoz, nadinterpretacji, przeszacowywania lub niedoszacowywania objawów jednego i drugiego zaburzenia. Tymczasem niedoszacowanie traumy może być czynnikiem ryzyka dla wielu form zaburzeń w funkcjonowaniu osoby jej doświadczającej: poczucia osamotnienia i izolacji społecznej, poczucia krzywdy, zachowań autodestrukcyjnych, poczucia winy, utrwalania się zgeneralizowanych negatywnych schematów poznawczych i przekonań, nawiązywania więzi pozabezpiecznych, rozwoju i utrzymywania się zaburzeń zdrowia psychicznego i somatycznego, a także zespołu PTSD. Jest to szczególnie istotne w przypadku traumy dziecięcej.

### BIBLIOGRAFIA

- Allen, J.G. (2005). *Coping with Trauma. Hope through Understanding*. Washington–London: American Psychiatric Publishing Inc.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (wyd. 5). Washington, DC.

- Barkley, R.A. (2000). *ADHD podjąć wyzwanie. Kompletny przewodnik dla rodziców*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Barkley, R.A. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A handbook for diagnosis and treatment*. New York–London: The Guilford Press.
- Biederman, J., Newcorn, J., Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 564–577.
- Borkowska, A. (2006). Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi. W: A. Borkowska, Ł. Domańska (red.), *Neuropsychologia kliniczna dziecka* (s. 177–199). Warszawa: WN PWN.
- Breaux, R.P., Brown, H.R., Harvey, E.A. (2017). Mediators and moderators of the relation between parental ADHD symptomatology and early development of ADHD and ODD symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45, 443–456.
- Briere, J. (1992). *Child Abuse Trauma: Theory and Treatment of the Lasting Effects*. CA: Sage, Newbury Park.
- Briere, J., Scott, C. (2010). *Podstawy terapii traumy. Diagnoza i metody terapeutyczne*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Cohen, J.A., Bukstein, O., Walter, H., Benson, R.S., Christman, A., Farchione, T.R. (2010). Practice parameter for the assessment and treatment of posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 414.
- Cuffe, S.P., McCullough, E.L., Pumariega, A.J. (1994). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder and posttraumatic stress disorder. *Journal of Child and Family Studies*, 3, 327–336.
- Dąbkowska, M. (2002). Zespół stresu pourazowego u dzieci. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*, 2(4), 251–254.
- Dąbkowska, M. (2014). Kompleksowa opieka nad dzieckiem z zespołem stresu pourazowego. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 14(2), 130–134.
- De Bellis, D.D., Chrausos, G.P., Dom, L.D., Burke, L., Helmers, K., Kling, M.A., Rickett, O.P.K., Putnam, F.W. (1994). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation in sexually abused girls. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 78, 249–255.
- Dickstein, S.G., Bannon, K., Castellanos, F.X., Milham, M.P. (2006). The neural correlates of attention deficit hyperactivity disorder: an ALE meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(10), 1051–1062.
- Drabick, D., Gadow, K., Sprafkin, J. (2006). Co-occurrence of conduct disorder and depression in a clinic based sample of boys with ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(8), 766–774.
- Ellis, B., Nigg, J. (2009). Parenting practices and attention-deficit a hyperactivity disorder: new findings suggest partial specificity of effects. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 508–515.
- Faraone, S. (2005). The scientific foundation for understanding attention-deficit/hyperactivity disorder as a valid psychiatric disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14, 1–10.
- Folkman, S. (2011). Stress, health, and coping: An overview. W: S. Folkman (red.), *The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping* (s. 3–11). Oxford–New York: Oxford University Press.
- Ford, J.D., Racusin, R., Ellis, C.G., Daviss, W.B., Reiser, J., Fleischer, A., Thomas, J. (2000). Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders. *Child Maltreatment*, 5, 205–217.
- Gil, E. (2006). *Helping Abused and Traumatized Children. Directing and Nondirecting Approaches*. New York, London: The Guilford Press.
- Groen, Y., Gaastra, G.F., Lewis-Evans, B., Tucha, O. (2013). Risky behavior in gambling tasks in individuals with ADHD – a systematic literature review. *PlosOne*, 8(9), e74909, 1–16.

- Herman, J.L. (1998). *Przemoc: uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Gdańsk: GWP.
- Johnston, C., Jassy, J.S. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional/conduct problems: links to parent-child interactions. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 16(2), 74–79.
- Johnston, C., Mash, E.J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(3), 183–207.
- Kenny, M.C., Lane, R.C. (1997). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: a psychogenic approach. *Psychotherapy in Private Practice*, 16(2), 45–58.
- Kolk van der, B.A., Fidler, R.E. (1994). Childhood abuse and neglect and loss of self-regulation. *Bull Menn Clinic*, 58(2), 145–168.
- Lahey, B., Pelham, W., Chronis, A., Massetti, G., Kipp, H., Ehrhardt, A., Lee, S. (2006). Predictive validity of ICD-10 hyperkinetic disorder relative to DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder among younger children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(5), 472–479.
- Levitan, R.D., Rector, N.A., Sheldon, T., Goering, P. (2003). Childhood adversities associated with major depression and/or anxiety disorders in a community sample of Ontario: issues of comorbidity and specificity. *Depression and Anxiety* 12(1), 34–42.
- Lis-Turlejska, M. (2000). Psychologiczne konsekwencje traumatycznego stresu – współczesne kierunki badań. *Nowiny Psychologiczne*, 2, 25–38.
- Margolis, A. (1999). *Zespół Dziecka Maltretowanego*. Warszawa: WSiP.
- Martel, M.M., Nikolas, M., Jernigan, K., Friderici, K., Nigg, J.T. (2012). Diversity in pathways to common childhood disruptive behavior disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(8), 1223–1236.
- Martinez, L., Prada, E., Satler, C., Tavares M.C., Tomaz, C. (2016). Executive dysfunction: the role in attention deficit hyperactivity and post-traumatic stress neuropsychiatric disorder. *Frontiers in Psychology*, 7(1230), 1–15.
- Matza, L.S., Revicki, D.A., Davidson, J.R., Stewart, J.W. (2003). Depression with atypical features in the National Comorbidity Survey: classification, description, and consequences. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 817–826.
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne* (2000). Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo „Vesalius” – Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Molina, B.G.S., Pelham, W.E. (2014). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and risk of substance use disorder: developmental considerations, potential pathways, and opportunities for research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 607–639.
- Nigg, J.T. (2015). Approaches to improving ADHD subtyping using research domain criteria and clinical intuition. Wykład wygłoszony na 5<sup>th</sup> International Congress on ADHD, Glasgow.
- Nigg, J.T., Willcutt, E.G., Doyle, A.E., Sonuga-Barke, E.J.S. (2005). Causal heterogeneity in attention-deficit/hyperactivity disorder: do we need neuropsychologically impaired subtypes? *Biological Psychiatry*, 57, 1224–1230.
- Orford, E. (1998). Wrestling with the whirlwind: an approach to the understanding of ADD/ADHD. *Journal of Child Psychotherapy*, 24(2), 253–266.
- Ornitz, E.M., Pynoos, R.S. (1989). State modulation in children with post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147, 866–870.
- Pelham, W.E., Fabiano, G.A., Massetti, G.M. (2005). Evidence-based assessment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 449–476.
- Perry, B.D., Pollard, R. (1998). Homeostasis, stress, trauma, and adaptation. A neu-



- rodevelopmental view of childhood trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 7, 33–51.
- Perry, B.D., Pollard, R.A., Blakley, T.I., Baker, W.I., Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and “use-dependent” development of the brain: How “states” become “traits”. *Infant Mental Health Journal*, 16(4), 271–291.
- Pisula, A. (2003). Nadpobudliwość psychoruchowa jako zaburzenie neurorozwojowe. W: M. Świąćicka (red.), *Problemy psychologiczne dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej. Zeszyty Sekcji Psychologii Klinicznej Dziecka PTP*, t. 1, 9–18.
- Pynos, R.S. (1990). Posttraumatic stress disorder in children and adolescents. W: B. Garfinkel, G. Carlson, E. Weller (red.), *Psychiatric Disorders in Children and Adolescents* (s. 48–63). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Scheeringa, M.S., Zeanah, Ch., Drell, M.I., Larrien, I.A. (1995). Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 191–200.
- Skinner, E.M., Zimmer-Gembeck, M.J. (2011). Perceived control and the development of coping. W: S. Folkman (red.), *The Oxford handbook of stress, health, and coping* (s. 35–59). Oxford–New York: Oxford University Press.
- Solomon, E.P., Heide, K.M. (1999). Type III trauma: Toward a more effective conceptualization of psychological trauma. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 43(2), 202–210.
- Świąćicka, M. (2005). *Uwaga, samokontrola, emocje*. Warszawa: Emu.
- Świąćicka, M. (2011). Skale szacunkowe dla rodziców i nauczycieli jako narzędzia diagnozy w psychologii klinicznej dziecka. W: M. Świąćicka (red.), *Metody diagnozy w psychologii klinicznej dziecka i rodziny* (s. 113–127). Warszawa: Paradygmat.
- Tannock, R. (1998). Attention deficit hyperactivity disorder: advances in cognitive, neurobiological, and genetic research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36(1), 65–99.
- Taylor, Ch. (2010). *Zaburzenia przywiązania u dzieci i młodzieży*. Sopot: GWP.
- Terr, L.C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10–20.
- Terr, L.C. (1995). Childhood traumas: an outline and overview. W: G.S. Everly, J.M. Lating (red.), *Psychotraumatology. Key Papers and Core Concepts in Posttraumatic Stress* (s. 301–320). New York: Plenum Press.
- Weinstein, D., Staffélbach, D., Biaggio, M. (2000). Attention-deficit hyperactivity disorder and posttraumatic stress disorder: differential diagnosis in childhood sexual abuse. *Clinical Psychology Review*, 20, 359–378.
- Wolańczyk, T., Kołakowski, A., Skotnicka, M. (1999). *Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci*. Lublin: Wydawnictwo Bi-Folium.
- Wolańczyk, T., Komender, J. (2007). Zaburzenia hiperkinetyczne. W: I. Namysłowska (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży* (s. 197–213). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

### A DIFFICULT DIAGNOSIS. CONTROVERSIES AROUND PTSD AND ADHD

**Abstract:** The article touches on the diagnostic problems faced by psychologists, pedagogues, and psychiatrists who try to determine the psychopathology of the difficulties in the behaviours of children. The current study focuses on the analysis of the clinical picture and the genesis of the disorders occurring as a result of an extremely stressful event (PTSD) and also attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). These disorders are full of diagnostic uncertainties when occurring

in children. The analysis of the two disorders is based on the diagnostic criteria of DSM-5. The analysis of their etiology is based on the data concerning the functional characteristics of central nervous system. The article is summed up by an attempt to name the elements necessary for the differential diagnosis of the two disorders.

**Keywords:** PTSD, ADHD, diagnosis of child, trauma.