



Fenotyp żeński w zespole nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) oraz jego implikacje dla diagnostyki

Anna Skupińska | Uniwersytet Gdański
ORCID: 0009-0007-5839-5569

Streszczenie

Słowa kluczowe:
zaburzenia
neurorozwojowe,
ADHD, fenotyp
żeński,
diagnostyka, zespół
nadpobudliwości
psychoruchowej
z deficytem uwagi

Niniejszy artykuł zaprezentuje dotychczasowe wnioski i obserwacje wynikające z przeprowadzonych badań nad kobiecym fenotypem ADHD, które wnoszą bezcenną perspektywę do dyskursu nad codziennymi wyzwaniami, z jakimi mierzą się kobiety z tym zaburzeniem. Analizie poddane zostaną trudności i wyzwania diagnostyczne z perspektywy klinicznej, związane z odmienną prezentacją objawów u kobiet, jak również konsekwencje, jakie niesie za sobą późno otrzymana diagnoza, szczególnie w kontekście dobrostanu i zdrowia psychicznego. Artykuł ponadto przybliży perspektywę neurobiologiczną zaburzenia.

Celem niniejszej publikacji jest nie tylko zwiększenie świadomości, lecz także próba zwrócenia uwagi na potrzebę modyfikacji metod diagnostycznych w odniesieniu do zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi u kobiet, co może przyczynić się do poprawy ich jakości życia oraz zapewnienia adekwatnego wsparcia i opieki.

Female phenotype in attention deficit hyperactivity disorder and Its implications for diagnosis (Summary)

Keywords:
neurodevelopmental
disorders, ADHD,
female phenotype,
diagnostics, attention
deficit hyperactive
disorder

This article will present the current findings and observations resulting from research on the female phenotype of ADHD, to provide invaluable perspectives on the everyday challenges faced by women with this disorder. The analysis will focus on the difficulties and diagnostic challenges from a clinical perspective, related to the different presentation of symptoms in women, as well as the consequences of receiving a late diagnosis, particularly concerning well-being and mental health. Additionally, the article will shed light on the neurobiological perspective of the disorder.

The aim of this publication is not only to raise awareness but also to encourage clinicians to reflect on the need to modify diagnostic methods concerning attention deficit hyperactivity disorder in women, which may contribute to improving their quality of life and ensuring adequate support and care.

Wstęp

W ostatnich latach obserwuje się wzmożone zainteresowanie badawcze obszarem kobiecego fenotypu w zaburzeniach neurorozwojowych, zwłaszcza w odniesieniu do zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD). Do niedawna niemal wszystkie badania w tej dziedzinie koncentrowały się na chłopcach i mężczyznach. Obraz ADHD u kobiet był w dużej mierze pomijany zarówno w praktyce klinicznej, jak i w badaniach naukowych (Young i in. 2020). Coraz więcej badań wskazuje, że obraz kliniczny tego zaburzenia może prezentować się u kobiet odmiennie niż u mężczyzn, co sprawia, że kobiety często pozostają niezdiagnozowane, błędnie diagnozowane lub otrzymują diagnozę ze znacznym opóźnieniem. Niewłaściwa identyfikacja symptomów skutkuje niejednokrotnie trudnościami w ich codziennym funkcjonowaniu, zaburzeniami nastroju i ograniczoną dostępnością odpowiedniego wsparcia.

Całą grupę demograficzną kobiet określa się obecnie mianem „utraconego pokolenia”. Na pierwszy rzut oka funkcjonują one jak osoby neurotypowe, jednak zmagają się z depresją i zaburzeniami lękowymi, które są wynikiem nierozpoznanych wewnętrznych przeżyć, niezgodnych z oczekiwaniami oraz postrzeganiem przez otoczenie. Diagnoza jest jednocześnie błogosławieństwem i przekleństwem: przynosi ogromną ulgę, ale skłania także do zastanowienia się, jak wiele mogło być inaczej, gdyby tylko wiedziały wcześniej (Anderson 2016).

Głos neuroodmiennych kobiet, których problemy przez lata były ignorowane z uwagi na męskie kryteria diagnostyczne ADHD, wybrzmiewa i zajmuje istotne miejsce w społecznym dyskursie (Nerenberg 2022). Równocześnie rosnąca liczba diagnoz oraz dynamiczny rozwój nauki stawiają przed nami istotne pytania: co kryje się za żeńskim fenotypem neuroodmienności, jakie strategie przyjmują neuroatypowe kobiety, a co najważniejsze – w jaki sposób doświadczają one świata oraz jakie ma to implikacje zarówno dla pacjentek, jak i dla diagnostów oraz specjalistów z sektora ochrony zdrowia psychicznego.

Obraz kliniczny ADHD w kryteriach diagnostycznych

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD) to zaburzenie neurorozwojowe. Charakteryzuje się utrzymującym się wzorcem nieuwagi i/lub nadpobudliwości oraz impulsywności. Objawy ujawniają się w dzieciństwie (powinny pojawić się przed 12 rokiem życia) i utrzymują się, wpływając na funkcjonowanie jednostki aż do dorosłości (ICD-11 2022; DSM-V 2013). Do lat 80. XX wieku ADHD było traktowane jako zaburzenie dotyczące dzieci, z którego wyrasta większość nastolatków i wszyscy dorośli (Murphy, Gordon 2009).

Szacuje się, że ADHD występuje u około 4% populacji dorosłych (Kessler i in. 2006), co w warunkach polskich odpowiada blisko jednemu milionowi osób spełniających kryteria diagnostyczne (Gondek i in. 2023). Dane Ministerstwa Zdrowia z 2022 roku wskazują jednak, że

w publicznym systemie opieki zdrowotnej zarejestrowano jedynie 7,48 tys. rozpoznań w obrębie kategorii F90–F98 według ICD-10, w szczególności rozpoznanie F90, odpowiadające ADHD, postawiono w tym okresie jedynie u 1925 dorosłych pacjentów. Oznacza to, że publiczny system opieki psychiatrycznej był w stanie zidentyfikować ADHD u około jednej na 519 osób dorosłych potencjalnie spełniających kryteria diagnostyczne tego zaburzenia (Gondek i in. 2023).

Dopiero w ostatnich latach badania nad ADHD objęły również osoby dorosłe. Jest to istotne, ponieważ – według różnych badań – objawy tego zespołu (całkowite lub częściowe) utrzymują się nawet u 50–60% dorosłych (Faraone i in. 2006). ADHD często współwystępuje z innymi zaburzeniami psychicznymi oraz problemami rozwojowymi. Z klinicznych obserwacji wynika, że w 50–70% przypadków z ADHD pojawiają się również objawy jednego lub kilku dodatkowych zaburzeń spośród zaburzeń nastroju, zaburzeń lękowych, zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych, uzależnień czy specyficznych trudności w uczeniu się (American Academy of Pediatrics 2000: 1158–1170).

Najnowsza klasyfikacja diagnostyczna ICD-11, oczekująca w Polsce na oficjalne tłumaczenie i wdrożenie, opisuje ADHD jako:

Zaburzenie neurorozwojowe, charakteryzujące się utrzymującym się przez co najmniej sześć miesięcy wzorcem objawów nieuwagi i/lub nadpobudliwości-impulsywności, które wywierają bezpośredni, negatywny wpływ na funkcjonowanie jednostki w obszarze edukacyjnym, zawodowym lub społecznym. Objawy te muszą być obecne przed 12. rokiem życia – zazwyczaj ujawniają się we wczesnym lub średnim dzieciństwie – choć u niektórych osób mogą być rozpoznane klinicznie dopiero w okresie adolescencji lub dorosłości, zwłaszcza w sytuacjach przekraczających indywidualne możliwości kompensacyjne.

Stopień nasilenia objawów znacznie wykracza poza zakres typowych różnic rozwojowych związanych z wiekiem oraz poziomem funkcjonowania intelektualnego. Nieuwaga odnosi się przede wszystkim do trudności w utrzymywaniu koncentracji uwagi podczas wykonywania zadań, które nie są wysoko stymulujące lub nie wiążą się z natychmiastową gratyfikacją, jak również do łatwego rozpraszania się oraz trudności w planowaniu i organizowaniu działań. Nadpobudliwość przejawia się w nadmiernej aktywności ruchowej oraz niezdolności do utrzymania bezruchu, szczególnie w sytuacjach wymagających powściągliwości i kontroli zachowania. Impulsywność natomiast rozumiana jest jako skłonność do działania pod wpływem bodźców bez uprzedniego namysłu i bez uwzględnienia potencjalnego ryzyka oraz konsekwencji (ICD-11 2022).

Konstelacja objawów oraz ich względna dominacja (nieuwaga vs. nadpobudliwość-impulsywność) różni się między osobami i może ulegać zmianom w toku rozwoju. Warunkiem koniecznym dla rozpoznania zaburzenia jest obecność objawów w więcej niż jednym kontekście funkcjonowania (np. w środowisku domowym, szkolnym, zawodowym, w relacjach z rodziną lub rówieśnikami), przy czym nasilenie objawów może być zróżnicowane w zależności od charakterystyki danego środowiska (np. strukturyzacja, poziom wymagań) (ICD-11 2022).

Symptomatologia ADHD nie może być lepiej wyjaśniona przez obecność innego zaburzenia psychicznego, behawioralnego lub neurorozwojowego (np. zaburzenia lękowe, ani nie może wynikać z działania substancji psychoaktywnych (np. kokainy), leków (np. leków rozszerzających oskrzela lub preparatów hormonalnych) bądź schorzeń neurologicznych. Warto zaznaczyć, że objawy nieuwagi mogą nie ujawniać się w sytuacjach intensywnie stymulujących lub związanych z częstym systemem nagradzania (ICD-11 2022).

Klasyfikacja ICD-11 zwraca uwagę, iż w przebiegu ADHD mogą dominować objawy nadpobudliwości i impulsywności, które są trwałe, znacznie nasilone i prowadzą do wyraźnego obniżenia funkcjonowania jednostki w obszarach edukacyjnym, zawodowym lub społecznym. Objawy te najczęściej ujawniają się w sytuacjach wymagających zachowania kontroli behawioralnej. Do charakterystycznych przejawów należą:

- nadmierna aktywność motoryczna (np. opuszczanie miejsca, kiedy wymagane jest pozostanie na siedząco; bieganie w nieadekwatnych sytuacjach; trudność w pozostawaniu w bezruchu – zwłaszcza u młodszych dzieci);
- subiektywne poczucie niepokoju ruchowego i dyskomfort związany z koniecznością pozostania w spoczynku – częściej obserwowane u młodzieży i osób dorosłych;
- trudność w cichym uczestniczeniu w zajęciach; nadmierna gadatliwość;
- impulsywne wypowiadanie odpowiedzi lub komentarzy (np. przerywanie wypowiedzi nauczyciela lub współpracownika); trudności z oczekiwaniem na swoją kolej w rozmowie, zabawie lub innej aktywności społecznej; przerywanie lub zakłócanie interakcji innych osób;
- skłonność do działania pod wpływem natychmiastowych bodźców, bez namysłu i oceny ryzyka (np. zachowania potencjalnie niebezpieczne, impulsywne decyzje, ryzykowne prowadzenie pojazdów).

Aby rozpoznać ADHD, objawy nieuwagi i/lub nadpobudliwości-impulsywności muszą być obecne w różnych środowiskach funkcjonowania jednostki i powodować znaczące trudności. Nie mogą one być wynikiem innych zaburzeń psychicznych ani skutkiem działania substancji psychoaktywnych, leków lub chorób neurologicznych (ICD-11 2022).

Charakterystyka aktualnego obrazu klinicznego powinna zostać opisana przy użyciu jednego z poniższych specyfikatorów, które mają na celu doprecyzowanie głównego powodu skierowania lub uzasadnienia potrzeby podjęcia interwencji; przewaga

objawów odnosi się do występowania licznych symptomów jednego typu – nieuwagi lub nadpobudliwości/impulsywności – przy jednoczesnym niewielkim nasileniu lub braku symptomów drugiego rodzaju:

- 6A05.0 Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD), postać z przewagą objawów nieuwagi. Spełnione są wszystkie kryteria diagnostyczne rozpoznania ADHD, a w obrazie klinicznym dominują objawy nieuwagi.
- 6A05.1 Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD), postać z przewagą objawów nadpobudliwości-impulsywności. Spełnione są wszystkie kryteria diagnostyczne rozpoznania ADHD, a w obrazie klinicznym dominują objawy nadpobudliwości i impulsywności.
- 6A05.2 Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD), postać mieszana. Spełnione są wszystkie kryteria diagnostyczne rozpoznania ADHD, a zarówno objawy nieuwagi, jak i nadpobudliwości-impulsywności stanowią klinicznie istotne elementy aktualnego obrazu klinicznego, przy czym żaden z tych komponentów nie dominuje wyraźnie (ICD-11 2022).

Dynamika rozwoju obrazu klinicznego w ciągu życia

Badania pokazują istotne trudności w kluczowych obszarach funkcjonowania przez całe życie u osób, które przekraczają lub znajdują się tuż poniżej progu diagnostycznego (Hinshaw 2018). U dorosłych z ADHD wzrasta tendencja do internalizacji objawów. Nadaktywność i ruchliwość ustępują miejsca uczuciu wewnętrznego niepokoju, co w konsekwencji jest niezauważalne dla otoczenia, jednak doświadczane objawy nadal powodują zaburzenia codziennego funkcjonowania, prowadzą do dysregulacji emocji, obniżonej samooceny oraz konfliktów i niepowodzeń w relacjach społecznych. Ogół czynników wpływa negatywnie na dobrostan psychiczny (Mojs, Nowogrodzka 2023). W okresie dorosłości objawy ADHD obejmują spektrum doświadczeń – od łagodnych do silnych. U części osób symptomy nadpobudliwości i deficytu uwagi ulegają zredukowaniu, co umożliwia stosunkowo dobre funkcjonowanie. Natomiast u innych objawy mogą się zaostrzyć lub przybrać inną formę, często prowadząc do utrwalenia nieadaptacyjnych zachowań i trudności w przystosowaniu społecznym (Mojs, Nowogrodzka 2023; Wojnarska 2019: 89–110).

Złożone interakcje czynników genetycznych, neurobiologicznych i środowiskowych w etiologii ADHD

Badania genetyczne wskazują, że ADHD cechuje się wysokim stopniem dziedziczności (Faraone, Larsson 2019; Thapar 2018). Warto jednak podkreślić, że wysoka dziedziczność nie oznacza, iż obraz kliniczny zaburzenia oraz związane z nim trudności w funkcjonowaniu są całkowicie niezależne od wpływu czynników środowiskowych (Lahey i in. 2022). Biologiczne czynniki ryzyka – takie jak prenatalne narażenie na

alkohol lub nikotynę, niska masa urodzeniowa czy ekspozycja na substancje toksyczne we wczesnym okresie życia – są związane z występowaniem ADHD w niektórych przypadkach. Predyspozycje genetyczne mogą wchodzić w istotne interakcje statystyczne z czynnikami środowiskowymi w procesie kształtowania się znaczących objawów (Nigg i in. 2020).

Wśród biologicznych czynników ryzyka wystąpienia zaburzeń hiperkinetycznych istotną rolę odgrywa także wcześniactwo oraz niska masa urodzeniowa. Dzieci z niską wagą ciała mają od 2,5 do 4 razy większe prawdopodobieństwo rozpoznania ADHD. Ryzyko to wzrasta zwłaszcza u noworodków o bardzo niskiej masie urodzeniowej oraz urodzonych przed 28 tygodniem ciąży (Johnson i in. 2010: 453–463).

Istnieje także korelacja pomiędzy wystąpieniem objawów ADHD a sytuacją socjoekonomiczną rodziny (Rowland i in. 2017: 213–222). Niewłaściwa opieka rodzicielska, brak wczesnego wsparcia w rozwoju, ograniczona świadomość rodziców, surowe metody wychowawcze, mogą przyczyniać się do nasilenia objawów nadpobudliwości. Warto zwrócić uwagę, iż rodzice dzieci z ADHD często sami wykazują objawy tego zaburzenia, co może wpływać na ich trudności w radzeniu sobie z obowiązkami rodzicielskimi. Rodzice często prezentują deficytowe pokłady cierpliwości czy wyrozumiałości wobec dzieci, a zaburzenia psychiczne u rodziców mogą pogłębiać trudności rozwojowe (Margari i in. 2013: 1036–1043).

Dysproporcje płciowe i ich źródła w diagnostyce ADHD

W literaturze naukowej opisano różnice płciowe w częstości występowania ADHD, przy czym dane wskazują, że występowanie ADHD u chłopców w próbach epidemiologicznych jest 2–3-krotnie wyższe (Nussbaum 2012). W 2011 roku ADHD dotyczyło 7,3% dziewcząt, w porównaniu do 16,5% chłopców. Co ciekawe, wraz ze wzrostem świadomości na temat ADHD u dziewcząt pojawiają się dowody na to, że chłopcy są nadmiernie diagnozowani z ADHD (Visser i in. 2014). W okresie dzieciństwa zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi częściej diagnozowany jest u chłopców niż dziewcząt, przy szacowanym stosunku płci wynoszącym 3:1 (Willcutt 2012). Zauważalna jest istotna dysproporcja płci w zakresie częstości kierowania na diagnozę. W okresie nauki szkolnej stosunek chłopców do dziewcząt, u których rozpoznano ADHD, waha się w przedziale od 2:1 do 10:1; wyższe wartości obserwuje się w próbach klinicznych w porównaniu do prób populacyjnych (Arnett i in. 2015; Willcutt 2012).

Częstość występowania ADHD w wieku dorosłym wydaje się porównywalna między płciami, jednak kobiety są starsze od mężczyzn w momencie postawienia diagnozy ADHD (Willcutt 2012; Grevet i in. 2006). Podejścia do ADHD różnią się w zależności od płci diagnozowanej osoby i informatorów (rodziny, nauczyciele, współpracownicy) (Coles i in. 2012: 101–108). Chłopcy istotnie częściej niż dziewczynki otrzymują rozpoznanie ADHD. U dziewcząt objawy często są trudniej dostrzegalne, ponieważ

opracowują one bardziej efektywne strategie radzenia sobie, które maskują symptomy w odróżnieniu od mężczyzn. Dodatkowo współwystępowanie lęku i depresji u kobiet z ADHD może prowadzić do błędnych lub stawianych diagnoz w drugiej lub nawet trzeciej dekadzie życia. Pozbawione właściwej diagnozy, leczenia i terapii dziewczęta z ADHD doświadczają negatywnych konsekwencji w postaci problemów w nauce i z zachowaniem (Gershon 2002: 143).

Normy i konstrukty społeczne wywierają istotny wpływ na postrzeganie osób z ADHD przez otoczenie, jak i ich percepcję samych siebie (Holthe 2013). Standardy te są zróżnicowane w zależności od płci; od kobiet i dziewcząt wymaga się, by prezentowały stereotypowo „kobiece” zachowania i cechy, takie jak empatia, dbałość o relacje, dobra organizacja oraz posłuszeństwo (Holthe 2013). Aby uniknąć społecznego ostracyzmu, wiele dziewcząt z ADHD wkłada znaczący trud w maskowanie objawów (Waite 2016). Badanie opublikowane w 2009 roku badało kwestię zakłóceń jako czynnika różnic płciowych w dysproporcji diagnoz ADHD u chłopców i dziewcząt. Ponieważ nauczyciele porównują te dziewczynki z ich rówieśnikami płci męskiej, mogą bagatelizować mniej oczywiste objawy ADHD u dziewcząt i nie sugerować konieczności diagnozy w tym kierunku (Ohan, Visser 2009).

Wnioski z badań nad różnicami w prezentacji symptomów ADHD podsumowuje tabela 1.

Tabela 1. Różnice płciowe w manifestacji symptomów ADHD

Kryterium	Dziewczęta	Chłopcy
Dominujący podtyp	z przewagą zaburzeń koncentracji uwagi	z przewagą nadpobudliwości psychoruchowej i impulsywności
Dominujące objawy	internalizacyjne (skierowane do wewnątrz)	eksternalizacyjne (skierowane na zewnątrz)
Współwystępujące zaburzenia	– zaburzenia lękowe – depresja – zaburzenia opozycyjno-buntownicze – zaburzenia zachowania – zaburzenia odżywiania się	– depresja – zaburzenia zachowania – zaburzenia związane z używaniem substancji
Inne	– częściej obserwowalne problemy w nauce – symptomy nieuwagi oraz depresyjne – większa skłonność do ryzykownych zachowań seksualnych – obniżone poczucie własnej wartości – trudności w nawiązywaniu relacji rówieśniczych	– częściej dostrzegalne zachowania związane z zakłócaniem lekcji – większa skłonność do ryzykownej jazdy samochodem

Źródło: (Quinn, Madhoo 2014).

Metaanaliza opublikowana przez Loyer-Carbonneau i współpracowników (2020) uzupełnia tabelę o kilka istotnych wniosków:

1. Ekspresja objawów ADHD różni się w zależności od płci: dziewczęta są mniej nadpobudliwe i mają mniejsze trudności z kontrolowaniem reakcji motorycznych.
2. Niemniej jednak, podobnie jak chłopcy, dziewczęta borykają się z problemami z uwagą i kontrolowaniem rozproszenia uwagi.
3. Objawy u dziewcząt są subtelniejsze, co sprawia, że są mniej dostrzegalne i rzadziej prowadzą do skierowania po specjalistyczną pomoc.
4. Chłopcy z ADHD doświadczają większych problemów z elastycznością poznawczą, co może wynikać z późniejszego rozwoju mózgu u chłopców niż u dziewcząt.
5. Deficyty w zakresie pamięci roboczej, planowania i uwagi występują równie często u obu płci.
6. Dziewczęta z ADHD mają podobne trudności w zakresie funkcji wykonawczych i koncentracji uwagi jak chłopcy, ale ich objawy są trudniejsze do dostrzeżenia, co może prowadzić do opóźnienia w diagnozie.

Wśród mężczyzn częściej obserwuje się występowanie zaburzeń neurorozwojowych, takich jak zaburzenia ze spektrum autyzmu, ADHD, zespół Tourette'a. Z kolei u kobiet częściej obserwuje się objawy lękowe, depresyjne oraz zaburzenia odżywiania (Kaczurkin i in. 2019). Innymi słowy, chłopcy i mężczyźni są bardziej podatni na zaburzenia o charakterze eksternalizacyjnym, natomiast dziewczęta i kobiety częściej doświadczają zaburzeń internalizacyjnych. Podobnie chłopcy częściej wykazują wspomniane zaburzenia niż dziewczęta, natomiast w okresie dojrzewania i dorosłości to kobiety częściej prezentują objawy tych zaburzeń (Kaczurkin i in. 2019).

Obraz kliniczny ADHD u kobiet i dziewcząt

ADHD u dziewcząt i kobiet objawia się w sposób odmienny od kryteriów diagnostycznych przyjętych dla tego zaburzenia. Żeński fenotyp ADHD charakteryzuje się specyficznym obrazem klinicznym, gdzie symptomy internalizacyjne (np. nieuwaga czy deficyty pamięci) są bardziej obserwowalne niż objawy eksternalizacyjne (np. impulsywność czy nadpobudliwość) (Chronis-Tuscano 2022; Mowlem i in. 2019). Prezentacja objawów jest narażona na niedostrzeżenie przez środowisko, a także mniej prawdopodobne jest skierowanie na diagnozę i leczenie. Ponadto kobiety z ADHD mogą opracowywać lepsze strategie radzenia sobie niż mężczyźni z ADHD i w rezultacie mogą lepiej maskować lub łagodzić wpływ swoich objawów (Chronis-Tuscano 2022; Quinn, Madhoo 2014). Dziewczęta i kobiety z ADHD są bardziej narażone na depresję, lęk i zaburzenia odżywiania, często mają niewiele przyjaciół i wybierają niezdrowe relacje z powodu niskiej samooceny (Anderson 2016).

Trudności związane z funkcjonowaniem społecznym i emocjonalnym mogą nasilać objawy nadwrażliwości na odrzucenie, a ryzyko samookaleczeń i prób samobójczych w tej grupie jest 4–5-krotnie wyższe niż u dziewcząt bez ADHD (Hinshaw i in. 2022;

Hinshaw i in. 2012). Badania konsekwentnie pokazują, że dziewczęta są niedodiagnozowane w dzieciństwie (Hinshaw i in. 2022; Mowlem i in. 2019; Waite 2016). Presja na osiąganie wysokich wyników i sukcesów powoduje, że wiele dziewcząt z ADHD postrzega swoje objawy jako osobiste wady zamiast symptomów wymagających leczenia. Wśród symptomów obecnych w obrazie klinicznym, które mogą jednocześnie być odczytywane jako cechy charakteru, możemy wyróżnić (Quinn, Madhoo 2014):

- skłonność do marzycielstwa,
- trudności w przestrzeganiu instrukcji,
- popełnianie niedbałych błędów w pracach domowych i testach.

Dziewczęta i kobiety z ADHD mają tendencję do znacznych trudności w relacjach społecznych, funkcjonowaniu w grupie rówieśniczej oraz relacjach interpersonalnych w porównaniu do kobiet bez ADHD (Hinshaw i in. 2022; Young i in. 2020).

Hinshaw i współpracownicy wykazali, że dziewczynki z ADHD miały mniejszą liczbę przyjaciół, mniej stabilne przyjaźnie oraz więcej negatywnych cech (w tym konfliktowość) w swoich przyjaźniach niż dziewczynki bez ADHD (Hinshaw i in. 2016; Blachman, Hinshaw 2002: 625–640).

Trudności w interakcjach społecznych u dziewcząt z ADHD mogą wynikać z ich strategii działań w sytuacjach społecznych, a także impulsywności poznawczej; badanie wykazało, że dziewczynki w wieku od 6 do 12 lat z rozpoznaniem ADHD są bardziej skłonne do reagowania na hipotetyczne scenariusze społeczne negatywnymi i/lub agresywnymi działaniami niż dziewczynki bez ADHD (Quinn i Madhoo 2014; Thurber i in. 2002: 442–452).

Nadwrażliwość na odrzucenie jako objaw zaburzeń regulacji emocji u dziewcząt i kobiet z ADHD

ADHD to jedno z zaburzeń, które wiąże się z wysokim poziomem odbierania i postrzegania krytyki (Beaton i in. 2020; Mueller i in. 2012: 101–114). Nadwrażliwość na odrzucenie (*rejection sensitivity dysphoria*, RSD) jest jednym z przejawów zaburzeń regulacji emocji, które są częstym, lecz mało zrozumianym i niedostatecznie zbadanym zespołem symptomów ADHD, zwłaszcza u kobiet i dziewcząt. Osoby doświadczające RSD odczuwają „nieznośny” ból w wyniku postrzeganego lub rzeczywistego odrzucenia, drwin lub krytyki, a ich stan nie poprawia się nawet przy zastosowaniu terapii poznawczo-behawioralnej (CBT) ani dialektycznej (DBT) (Beaton i in. 2020; Mueller i in. 2012: 101–114).

Dodson podobnie jak Beaton i współpracownicy definiują nadwrażliwość na odrzucenie jako intensywną labilność nastroju wywołaną przez konkretne zdarzenia czy doświadczenia z wymienionych poniżej (Dodson 2020; Beaton i in. 2020):

- odrzucenie (rzeczywiste lub postrzegane jako zaprzeczenie miłości, akceptacji lub szacunku),

- dokuczanie, przekomarzanie się,
- krytyka, bez względu na to, czy jest konstruktywna,
- uporczywa samokrytyka lub negatywne myśli o sobie wywołane rzeczywistą lub postrzeganą porażką.

Osoby z nadwrażliwością na odrzucenie mogą przejawiać następujące zachowania (Kooij i in. 2018: 14–34):

- nagłe wybuchy emocjonalne po rzeczywistej lub subiektywnej krytyce czy odrzuceniu,
- unikanie interakcji społecznych, w których mogą doświadczyć porażki lub krytyki (dlatego RSD często trudno odróżnić od zaburzenia lęku społecznego),
- niskie poczucie własnej wartości i negatywne postrzeganie siebie,
- uporczywe i nieustające surowe, negatywne samokrytyczne postrzeganie siebie, które prowadzi do stania się „największym wrogiem samych siebie”,
- skłonność do zamartwiania się i ruminacji,
- problemy w relacjach społecznych, zwłaszcza poczucie ciągłego bycia atakowanym i ekspresją defensywnych reakcji.

Rodzaj zaburzenia regulacji emocji obserwowany w ADHD charakteryzuje się niedostateczną samoregulacją objawów emocjonalnych, takich jak drażliwość, frustracja i złość, oraz niską tolerancją na frustrację, wybuchami gniewu czy labilnością nastrojów. Zaburzenia regulacji emocji w ADHD różnią się od epizodycznych objawów, takich jak wyraźna i przewlekła drażliwość występująca w kontekście zmienionych stanów nastroju, na przykład w trakcie epizodu skrajnego smutku lub manii. W przypadku ADHD „zaburzona regulacja emocji często przybiera formę krótkotrwałych, wyolbrzymionych reakcji na codzienne zdarzenia” (Surman i in. 2013: 274).

W ostatnich latach w literaturze przedmiotu potwierdzono, iż istnieje teoria uzasadniająca obecność impulsywności emocjonalnej i niedostatecznej samoregulacji emocjonalnej jako podstawowych objawów ADHD (Faraone i in. 2018).

Neuroendokrynne mechanizmy modulujące objawy ADHD u kobiet i dziewcząt

Istotną kwestią jest również rola czynników neuroendokrynnych w wyrażaniu objawów ADHD u kobiet i dziewcząt. Haimov-Kochman i Berger (2014) w swojej pracy wskazali, że hormony płciowe modulują wewnątrzkomórkowe szlaki sygnalizacyjne uznawane za zaburzone w ADHD. Interakcja między hormonami płciowymi a funkcjami mózgu, o których mowa, może stanowić podstawę niektórych cech klinicznych kobiet z ADHD (Haimov-Kochman, Berger 2014). Może to wyjaśniać różnice w wyrażaniu objawów ADHD między mężczyznami a kobietami (Waite 2016). Wahanie hormonalne w różnych etapach życia mogą wpływać na nasilenie i sposób wyrażania się objawów ADHD, a tym samym oddziaływać na leczenie i rokowanie (Camara i in. 2022).

Badania wskazują, że hormony estrogenowe odgrywają istotną rolę w rozwoju mózgu, plastyczności synaptycznej oraz modulacji neuroprzekaźników (dopaminy i serotoniny), których niedobory obserwuje się w obrazie klinicznym ADHD (Roberts i in. 2018; Haimov-Kochman, Berger 2014).

Estrogen reguluje wzrost dendrytów, wpływając na koordynację motoryczną, pamięć oraz regulację nastroju. Ponadto różnice płciowe w procesach nerwowych zachodzących w mózdku są również modulowane przez estrogeny (Marrocco, McEwen 2016). Mózdek stanowi część systemu kontroli wykonawczej, który zarządza pamięcią roboczą, podejmowaniem decyzji, rozwiązywaniem problemów oraz zachowaniami ukierunkowanymi na osiągnięcie celów (Borders 2020), a jego funkcjonowanie jest uznawane za dysfunkcyjne u osób z ADHD. Dostępność estrogenu w mózgu powoduje wzrost stężenia dopaminy i serotoniny, które są związane z impulsywnością (Camara i in. 2022). Zmiany poziomu hormonów w różnych okresach życia kobiety mogą prowadzić do zmian w zakresie uwagi u zdrowych kobiet. W szczytowym okresie poziomu estrogenu uwaga może pogarszać się jeszcze bardziej u kobiet z ADHD (Shanmugan i in. 2016).

Następstwa niezidentyfikowanego ADHD u dziewcząt i kobiet: aspekty psychologiczne, edukacyjne i zdrowotne

Skutki niezdiagnozowanego ADHD u dziewcząt i kobiet stanowią podstawę dla wielu problemów społecznych w dzieciństwie oraz okresie dorastania. Dodatkowo objawy oraz trudności funkcjonalne obecne w tym okresie prawdopodobnie utrzymają się w dorosłości (Quinn, Madhoo 2014). Kobiety i dziewczęta z ADHD wciąż doświadczają niższej samooceny i większego lęku w porównaniu do kobiet bez ADHD. Mają one tendencję do nadmiernego reagowania emocjonalnego na stresory życiowe oraz czują brak kontroli nad swoim życiem, co prowadzi do trudności w radzeniu sobie z obowiązkami domowymi, poczucia dezorganizacji, somatyzacji (w tym bólów głowy, bólów brzucha) i/lub problemów ze snem (Hinshaw i in. 2022; Quinn, Madhoo 2014).

Nauczyciele i rodzice często przegapiają sygnały ostrzegawcze, ponieważ uczucie dezorganizacji lub trudności w skupieniu bywają mylnie postrzegane jako zaburzenia depresyjne czy lękowe. W rezultacie, z braku właściwej diagnozy, dziewczynki, a później kobiety, tracą dostęp do kluczowych form wsparcia, psychoedukacji oraz terapii i leczenia farmakologicznego. Wiele dziewcząt i kobiet otrzymuje błędne rozpoznanie i jest leczonych środkami na lęk lub depresję (Quinn, Madhoo 2014; Biederman i in. 1999: 966–975). Większa świadomość po stronie pracowników służby zdrowia dotycząca specyficznego profilu objawów ADHD u kobiet i dziewcząt jest niezbędna do właściwej diagnozy i leczenia. Otrzymanie diagnozy ADHD może być kluczowe dla poczucia własnej wartości i tożsamości kobiety (Waite 2016). Wiele kobiet i dziewcząt doświadcza diagnozy jako momentu olśnienia, który dostarcza zewnętrznego wyjaśnienia dla ich zmagania i pozwala im zaakceptować samych siebie (Stenner i in.

2019). Szkodliwe mity dotyczące ADHD obejmują przekonanie, że dorosłe kobiety, w tym odnoszące sukcesy zawodowe, nie mogą mieć ADHD. Wręcz przeciwnie – gdy struktura szkoły i studiów ustępuje miejsca chaosowi związanemu z równoważeniem pracy i posiadaniem dzieci, kontrolowanie symptomów wynikających z ADHD staje się trudniejsze (Anderson 2016).

Zakończenie

Fenotyp żeński zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) stanowi istotne wyzwanie diagnostyczne, przede wszystkim ze względu na marginalizację objawów oraz stereotypy płciowe. Jak zauważają Nussbaum (2012) czy Visser i współpracownicy (2014), kobiety i dziewczęta z ADHD często pozostają niedodiagnozowane lub błędnie diagnozowane, co prowadzi do poważnego obniżenia szeroko pojętego dobrostanu psychicznego na przestrzeni życia. Obraz kliniczny ADHD, oparty głównie na objawach obserwowanych u chłopców, nie uwzględnia specyficznych doświadczeń kobiet, w których symptomy ADHD mogą być traktowane jako cechy charakteru. Ponadto społeczno-kulturowe oczekiwania wobec kobiet, związane z empatią, organizacją czy posłuszeństwem, sprzyjają maskowaniu objawów, co utrudnia wczesną diagnozę oraz dostęp do odpowiedniego wsparcia. Dodatkowo współwystępujące zaburzenia, takie jak lęk, depresja czy zaburzenia odżywiania, mogą jeszcze bardziej komplikować trafną ocenę diagnostyczną (Quinn, Madhoo 2014).

W ostatnich latach obserwuje się wzrost zainteresowania badaniami nad ADHD u kobiet, które przez długi czas były marginalizowane w praktyce klinicznej i przeglądach naukowych. Objawy ADHD u kobiet różnią się od tych obserwowanych u mężczyzn. Zamiast typowych objawów eksternalizacyjnych, takich jak impulsywność czy nadpobudliwość, u kobiet dominują objawy internalizacyjne, takie jak trudności w koncentracji, organizowaniu działań czy pamięci, które mogą być postrzegane jako cechy charakteru. Z tego powodu dziewczęta z ADHD często opracowują skuteczne strategie maskowania objawów, co utrudnia ich identyfikację przez nauczycieli i opiekunów, prowadząc do opóźnionej diagnozy.

Brak wczesnej diagnozy sprawia, że wiele kobiet z ADHD funkcjonuje na zewnątrz jak osoby neurotypowe, jednak wewnętrznie borykają się z trudnościami natury psychicznej, takimi jak depresja czy lęk. Otrzymanie diagnozy może stanowić moment ulgi, ale także wywołać refleksję nad tym, jak różne mogłoby być życie tych kobiet, gdyby diagnoza została postawiona wcześniej. Mimo rosnącej świadomości na temat ADHD u kobiet nadal istnieją liczne bariery utrudniające dostęp do odpowiedniego wsparcia diagnostycznego i terapeutycznego. Społeczne normy oraz stereotypy dotyczące „kobiecego” zachowania odgrywają kluczową rolę w maskowaniu objawów. Oczekiwania społeczne, takie jak empatia, organizacja czy posłuszeństwo, prowadzą do tego, że dziewczęta z ADHD starają się dostosować do tych norm,

mimo trudności w koncentracji czy organizowaniu działań, co często skutkuje niezrozumieniem i nieuzasadnioną krytyką.

Różnice w diagnozowaniu ADHD między chłopcami a dziewczętami mają także konsekwencje w dorosłości. ADHD jest częściej diagnozowane u chłopców we wczesnym dzieciństwie, u kobiet diagnoza stawiana jest dopiero w późniejszym wieku. W rezultacie wiele kobiet i dziewcząt z ADHD zmagają się z trudnościami w nauce, pracy zawodowej oraz w relacjach międzyludzkich. Problemy z koncentracją, organizowaniem działań czy przestrzeganiem instrukcji mają istotny wpływ na codzienne życie, prowadząc do niskiej samooceny oraz trudności zawodowych i osobistych. Ponadto kobiety i dziewczęta z ADHD często borykają się z trudnościami w budowaniu stabilnych relacji interpersonalnych. Zmniejszona stabilność przyjaźni, trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu pozytywnych relacji oraz impulsywne reakcje na sytuacje społeczne mogą prowadzić do poczucia izolacji społecznej oraz trudności w utrzymaniu trwałych więzi.

Pomimo tych wyzwań diagnoza ADHD może stanowić moment przełomowy. Dla wielu kobiet jest to moment wyjaśniający wcześniejsze trudności i pozwalający na lepsze zrozumienie siebie. Choć świadomość na temat ADHD u kobiet wzrasta, wciąż istnieje potrzeba dalszej edukacji i zwiększenia świadomości, aby kobiety mogły otrzymać odpowiednie wsparcie diagnostyczne i terapeutyczne. Zrozumienie specyfiki objawów ADHD u kobiet, a także wpływu społecznych oczekiwań na ich funkcjonowanie jest kluczowe dla postawienia właściwej diagnozy oraz zapewnienia kobietom lepszego wsparcia, co umożliwi im pełniejsze funkcjonowanie zarówno w życiu osobistym, jak i zawodowym.

Bibliografia

- American Academy of Pediatrics, 2000, *Clinical Practice Guideline: Diagnosis and Evaluation of the Child with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*, „Pediatrics”, Vol. 105, No. 5, <https://doi.org/10.1542/peds.105.5.1158> [dostęp: 10.09.2024].
- American Psychiatric Association, 2013, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed. Arlington, VA.
- Anderson J., 2016, *Decades of failing to recognize ADHD in girls has created a 'lost generation' of women*, Quartz, <https://qz.com/592364/decades-of-failing-to-recognize-adhd-in-girls-has-created-a-lost-generation-of-women> [dostęp: 12.10.2024].
- Arnett A.B., Pennington B.F., Willcutt E.G., DeFries J.C., Olson R.K., 2015, *Sex differences in ADHD symptom severity*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry”, Vol. 56, No. 6, <https://doi.org/10.1111/jcpp.12337> [dostęp: 30.03.2025].
- Beaton D.M., Sirois F., Milne E., 2020, *Self-compassion and Perceived Criticism in Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD*, „Mindfulness”, No. 11, <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01464-w> [dostęp: 10.09.2024].
- Biederman J., Faraone S.V., Mick E., Williamson S., Wilens T.E., Spencer T.J., Weber W., Jetton J., Kraus I., Pert J., Zallen B., 1999, *Clinical correlates of ADHD in females: findings from a large group of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources*, „Journal of the American Academy

of Child and Adolescent Psychiatry", Vol. 38, No. 8, <https://doi.org/10.1097/00004583-199908000-00012> [dostęp: 10.09.2024].

Blachman D.R., Hinshaw S.P., 2002, *Patterns of friendship among girls with and without attention-deficit/hyperactivity disorder*, „Journal of Abnormal Child Psychology”, Vol. 30, No. 6, <https://doi.org/10.1023/a:1020815814973> [dostęp: 10.09.2024].

Borders A., 2020, *Rumination, cognition, and the brain*, w: A. Borders (ed.), *Rumination and Related Constructs*, Academic Press, <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-812545-8.00009-7> [dostęp: 30.03.2025].

Camara B., Padoin C., Bolea B., 2022, *Relationship between sex hormones, reproductive stages and ADHD: A systematic review*, „Archives of Women's Mental Health”, Vol. 25, No. 1, <https://doi.org/10.1007/s00737-021-01181-w> [dostęp: 30.03.2025].

Chronis-Tuscano A., 2022, *ADHD in Girls and women: a Call to Action – Reflections on Hinshaw et al. (2021)*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry”, Vol. 63, No. 4, <https://doi.org/10.1111/jcpp.13574>.

Coles E.K., Slavec J., Bernstein M., Baroni E., 2012, *Exploring the Gender Gap in Referrals for Children with ADHD and Other Disruptive Behavior Disorders*, „Journal of Attention Disorders”, Vol. 16, No. 2, <https://doi.org/10.1177/1087054710381481> [dostęp: 10.09.2024].

Dodson W., M.D., LF-APA, 2020, *New Insights into Rejection Sensitive Dysphoria*, ADDitude, <https://www.additudemag.com/rejection-sensitive-dysphoria-adhd-emotional-dysregulation/> [dostęp: 30.09.2024].

Faraone S.V., Larsson H., 2019, *Genetics of attention deficit hyperactivity disorder*, „Molecular Psychiatry”, Vol. 24, No. 4, <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0070-0> [dostęp: 30.03.2025].

Faraone S.V., Silverstein M.J., Antshel K., Biederman J., Goodman D.W., Mason O., Nierenberg A.A., Rostain A., Stein M.A., Adler L.A., 2018, *The Adult ADHD Quality Measures Initiative*, „Journal of Attention Disorders”, Vol. 23, No. 10, <https://doi.org/10.1177/1087054718804354> [dostęp: 30.03.2025].

Faraone S.V., Biederman J., Mick E., 2006, *The age-dependent Decline of Attention Deficit Hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up Studies*, „Psychological Medicine”, Vol. 36, No. 2, <https://doi.org/10.1017/s003329170500471x> [dostęp: 30.03.2025].

Gershon J., 2002, *A Meta-Analytic Review of Gender Differences in ADHD*, „Journal of Attention Disorders”, Vol. 5, No. 3, <https://doi.org/10.1177/108705470200500302> [dostęp: 30.09.2024].

Gondek T., Szczegielniak A., Todzia-Kornaś A., 2023, *Stanowisko grupy badawczej Female ADHD Research Group i Sekcji Kształcenia Specjalizacyjnego PTP dotyczące kontrowersyjnych doniesień medialnych na temat ADHD u osób dorosłych*, „Psychiatria Spersonalizowana”, t. 2, nr 4, <https://doi.org/10.5114/psychs.2023.135314>.

Grevet E.H., Bau C.H.D., Salgado C.A.I., Fischer A.G., Kalil K., Victor M.M., Garcia Ch.R., Sousa N.O., Rohde L.A., Belmonte-de-Abreu P., 2006, *Lack of gender effects on subtype outcomes in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder*, „European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience”, Vol. 256, No. 5, <https://doi.org/10.1007/s00406-006-0639-5> [dostęp: 30.03.2025].

Haimov-Kochman R., Berger I., 2014, *Cognitive functions of regularly cycling women may differ throughout the month, depending on sex hormone status: A possible explanation to conflicting results of studies of ADHD in females*, „Frontiers in Human Neuroscience”, No. 8, <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00191> [dostęp: 30.03.2025].

Hinshaw S.P., Nguyen P.T., O'Grady S.M., Rosenthal E.A., 2022, *Annual Research Review: Attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women: underrepresentation, longitudinal processes, and key directions*, „Journal Of Child Psychology And Psychiatry, And Allied Disciplines”, Vol. 63, No. 4, <https://doi.org/10.1111/jcpp.13480> [dostęp: 30.03.2025].

- Hinshaw S.P., 2018, *Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD: Controversy, Developmental Mechanisms, and Multiple Levels of Analysis*, „Annual Review of Clinical Psychology”, Vol. 14, No. 1, <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084917> [dostęp: 30.03.2025].
- Hinshaw S.P., Ellison K., 2016, *ADHD What Everyone Needs to Know*, Oxford University Press.
- Hinshaw S.P., Owens E.B., Zalecki C., Huggins S.P., Montenegro-Nevado A.J., Schrodek E., Swanson E.N., 2012, *Prospective follow-up of girls with attention-deficit/hyperactivity disorder into early adulthood: Continuing impairment includes elevated risk for suicide attempts and self-injury*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, Vol. 80, No. 6, <https://doi.org/10.1037/a0029451>.
- Holthe M.E.G., 2013, *ADHD in Women: Effects on Everyday Functioning and the Role of Stigma*, <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/271242>.
- International Classification of Diseases Eleventh Revision, ICD-11, Geneva: World Health Organization, 2022. License: CC BY-ND 3.0 IGO.
- Johnson S., Hollis C., Kochhar P., Hennessy E., Wolke D., Marlow N., 2010, *Psychiatric Disorders in Extremely Preterm Children: Longitudinal Finding at Age 11 Years in the EPICure Study*, „Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry”, Vol. 49, No. 5, <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.02.002> [dostęp: 30.03.2025].
- Kaczurkin A.N., Raznahan A., Satterthwaite T.D., 2018, *Sex differences in the developing brain: insights from multimodal neuroimaging*, „Neuropsychopharmacology”, Vol. 44, No. 1, <https://doi.org/10.1038/s41386-018-0111-z>.
- Kessler R.C., Adler L., Barkley R., Biederman J., Conners C.K., Demler O., Faraone S.V., Greenhill L.L., Howes M.J., Secnik K., Spencer T., Ustun T.B., Walters E.E., Zaslavsky A.M., 2006, *The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication*, „The American Journal Of Psychiatry”, Vol. 163, No. 4, <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.4.716>.
- Kooij J.J.S., Bijlenga D., Salerno L., Jaeschke R., Bitter I., Balázs J., Thome J., Dom G., Kasper S., Nunes Filipe C., Stes S., Mohr P., Leppämäki S., Casas M., Bobes J., McCarthy J.M., Richarte V., Kjemps Philipsen A., Pehlivanidis A., Niemela A., 2018, *Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD*, „European Psychiatry”, Vol. 56, No. 1, <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.11.001> [dostęp: 8.10.2024].
- Lahey B.B., Tong L., Pierce B., Hedeker D., Berman G.M., Cardenas-Iniguez C., Moore M.T., Applegate B., Tiemeier H., Kaczurkin A.N., 2022, *Associations of polygenic risk for attention-deficit/hyperactivity disorder with general and specific dimensions of childhood psychological problems and facets of impulsivity*, „Journal of Psychiatric Research”, <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.06.019>.
- Loyer Carbonneau M., Demers M., Bigras M., Guay M.-C., 2020, *Meta-Analysis of Sex Differences in ADHD Symptoms and Associated Cognitive Deficits*, „Journal of Attention Disorders”, Vol. 25, No. 12, <https://doi.org/10.1177/1087054720923736> [dostęp: 30.03.2025].
- Margari F., Craig F., Petruzzelli M.G., Lamanna A., Matera E., Margari L., 2013, *Parents psychopathology of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, „Research in Developmental Disabilities”, Vol. 34, No. 3, <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.12.001> [dostęp: 30.03.2025].
- Marrocco J., McEwen B.S., 2016, *Sex in the brain: Hormones and Sex Differences*, „Dialogues in Clinical Neuroscience”, Vol. 18, No. 4, <https://doi.org/10.31887/dcns.2016.18.4> [dostęp: 30.03.2025].
- Mojs E., Nowogrodzka A., 2023, *Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi ADHD – perspektywa kliniczno-kryminologiczna*, „The Prison Systems Review”, Vol. 118, No. 1, <https://doi.org/10.52694/thpsr.118.7> [dostęp: 18.09.2024].
- Mowlem F., Agnew-Blais J., Taylor E., Asherson P., 2019, *Do different factors influence whether girls versus boys meet ADHD diagnostic criteria? Sex differences among children with high ADHD*

symptoms, „Psychiatry Research”, No. 272, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.128> [dostęp: 30.03.2025].

Mueller A.K., Fuermaier A.B.M., Koerts J., Tucha L., 2012, *Stigma in attention deficit hyperactivity disorder*, „ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders”, Vol. 4, No. 3, <https://doi.org/10.1007/s12402-012-0085-3> [dostęp: 18.09.2024].

Murphy K.R., Gordon M., 2009, *Assessment of Adults with ADHD*, w: R.A. Barkley (ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment*, London.

Nerenberg J., 2022, *Neuroróżnorodne. Jak żyć w świecie skrojonym nie na naszą miarę*, Warszawa.

Nigg J.T., Sibley M.H., Thapar A., Karalunas S.L., 2020, *Development of ADHD: Etiology, Heterogeneity, and Early Life Course*, „Annual Review of Developmental Psychology”, Vol. 2, No. 1, <https://doi.org/10.1146/annurev-devpsych-060320-093413> [dostęp: 30.03.2025].

Nussbaum N.L., 2012, *ADHD and female specific concerns: A review of the literature and clinical implications*, „Journal of Attention Disorders”, Vol. 16, No. 2, <https://doi.org/10.1177/1087054711416909> [dostęp: 8.10.2024].

Ohan J.L., Visser T.A.W., 2009, *Why Is There a Gender Gap in Children Presenting for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Services?*, „Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology”, Vol. 38, No. 5, <https://doi.org/10.1080/15374410903103627> [dostęp: 8.10.2024].

Quinn P.O., Madhoo M., 2014, *A Review of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Women and Girls*, „The Primary Care Companion for CNS Disorders”, Vol. 16, No. 3, <https://doi.org/10.4088/pcc.13r01596> [dostęp: 8.10.2024].

Roberts B., Eisenlohr-Moul T., Martel M.M., 2018, *Reproductive steroids and ADHD symptoms across the menstrual cycle*, „Psychoneuroendocrinology”, Vol. 88, No. 88, <https://doi.org/10.1016/j.psychneuen.2017.11.015> [dostęp: 30.03.2025].

Rowland A.S., Skipper B.J., Rabiner D.L., Qeadan F., Campbell R.A., Naftel A.J., Umbach D.M., 2017, *Attention-Deficit/Hyperactivity disorder, ADHD: Interaction between socioeconomic status and parental history of ADHD determines prevalence*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry”, Vol. 59, No. 3, <https://doi.org/10.1111/jcpp.12775> [dostęp: 8.10.2024].

Shanmugan S., Wolf D.H., Calkins M.E., Moore T.M., Ruparel K., Hopson R.D., Vandekar S.N., Roalf D.R., Elliott M.A., Jackson C., Gennatas E.D., Leibenluft E., Pine D.S., Shinohara R.T., Hakonarson H., Gur R.C., Gur R.E., Satterthwaite T.D., 2016, *Common and Dissociable Mechanisms of Executive System Dysfunction Across Psychiatric Disorders in Youth*, „American Journal of Psychiatry”, Vol. 173, No. 5, <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15060725> [dostęp: 8.10.2024].

Stenner P., O'Dell L., Davies A., 2019, *Adult Women and ADHD: on the Temporal Dimensions of ADHD Identities*, „Journal for the Theory of Social Behaviour”, Vol. 49, No. 2, <https://doi.org/10.1111/jtsb.12198> [dostęp: 30.03.2025].

Surman C.B.H., Biederman J., Spencer T., Miller C.A., McDermott K.M., Faraone S.V., 2013, *Understanding deficient emotional self-regulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a controlled study*, „ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders”, Vol. 5, No. 3, <https://doi.org/10.1007/s12402-012-0100-8> [dostęp: 8.10.2024].

Thapar A., 2018, *Discoveries on the Genetics of ADHD in the 21st Century: New Findings and Their Implications*, „American Journal of Psychiatry”, Vol. 175, No. 10, <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18040383> [dostęp: 30.03.2025].

Thurber J.R., Heller T.L., Hinshaw S.P., 2002, *The Social Behaviors and Peer Expectation of Girls with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Comparison Girls*, „Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology”, Vol. 31, No. 4, https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3104_4. [dostęp: 8.10.2024].

- Visser S.N., Danielson M.L., Bitsko R.H., Holbrook J.R., Kogan M.D., Ghandour R.M., Perou R., Blumberg S.J., 2014, *Trends in the parent-report of health care provider-diagnosed and medicated attention-deficit/hyperactivity disorder: United States, 2003—2011*, „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry”, Vol. 53, No. 1, <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.09.001> [dostęp: 8.10.2024].
- Waite T.D., 2016, *Common and dissociable mechanisms of executive system dysfunction across psychiatric disorders in youth*, „The American Journal of Psychiatry”, Vol. 173, No. 5, <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15060725> [dostęp: 30.03.2025].
- Willcutt E.G., 2012, *The Prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review*, „Neurotherapeutics”, Vol. 9, No. 3, <https://doi.org/10.1007/s13311-012-0135-8> [dostęp: 30.03.2025].
- Wojnarska A.D., 2019, *Nieprzystosowanie społeczne osób dorosłych z ADHD – aspekty diagnostyczne*, „Lubelski Rocznik Pedagogiczny”, Vol. 38, No. 2, <https://doi.org/10.17951/lrp.2019.38.2.89-109> [dostęp: 8.10.2024].
- Young S., Adamo N., Ásgeirsdóttir B.B., Branney P., Beckett M., Colley W., Cubbin S., Deeley Q., Farrag E., Gudjonsson G., Hill P., Hollingdale J., Kilic O., Lloyd T., Mason P., Paliokosta E., Perecherla S., Sedgwick J., Skirrow C., Tierney K., 2020, *Females with ADHD: An expert consensus statement taking a lifespan approach providing guidance for the identification and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women*, „BMC Psychiatry”, Vol. 20, No. 1, <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02707-9> [dostęp: 30.03.2025].

Biogram

Anna Skupińska – psycholożka. Zawodowo zajmuje się diagnozą oraz terapią zaburzeń neurorozwojowych – zaburzeń ze spektrum autyzmu oraz ADHD. Ukończyła Psychologię na Wydziale Nauk Społecznych Uniwersytetu Gdańskiego w 2024 r. Współpracuje z Akademickim Centrum Wsparcia Psychologicznego UG, realizując projekty oraz prelekcje o tematyce nieróżnorodności; w ramach działalności centrum współtworzyła poster „Wellbeing among neurodiverse students in Poland” w ramach Promoting the Well-Being Concept in the Medical and Public Sectors of the Visegrad Region Conference na Uniwersytecie w Pécs na Węgrzech.

Anna Skupińska – MA – Psychologist. She professionally works in the diagnosis and therapy of neurodevelopmental disorders, including autism spectrum disorders and ADHD. She graduated in Psychology from the Faculty of Social Sciences at the University of Gdańsk in 2024. She collaborates with the Academic Center for Psychological Support at the University of Gdańsk, where she conducts projects and lectures on neurodiversity. As part of the center's activities, she co-created the poster „Wellbeing among neurodiverse students in Poland,” presented during the Promoting the Well-Being Concept in the Medical and Public Sectors of the Visegrad Region conference at the University of Pécs in Hungary.