Colloquium 2(62)/2026
ISSN 2081-3813, e-ISSN 2658-0365
CC BY-NC-ND.4.0
DOI: http://doi.org/10.34813/28coll2026

ŻYCIE Z ADHD W DOŚWIADCZENIACH DOROSŁYCH W CYKLU ŻYCIA

Living with ADHD in adults' experiences throughout the life cycle

Iwona Myśliwczyk-Zabielska
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie
e-mail: iwona.mysliwczyk@uwm.edu.pl
ORCID 0000-0002-9826-5642

Streszczenie

Zrealizowane badania zostały ulokowane w nurcie badań konstruktywistycznych, co w konsekwencji pozwoliło zastosować metodę biograficzną. Tematyczne wywiady narracyjne przeprowadzono z dorosłymi osobami z ADHD, które zechciały opowiedzieć o swoim życiu. Celem badań była rekonstrukcja przeżytych doświadczeń i dotarcie do subiektywnych znaczeń, jakie zostały nadane przez dorosłe osoby z ADHD temu zaburzeniu. Badano więc, jak osoby te definiują zaburzenie, jak interpretują konsekwencje wynikające z zaburzenia, jak radzą sobie z następstwami zaburzenia w różnych płaszczyznach swojej egzystencji i co z ich perspektywy było/jest najważniejsze. Analiza materiału empirycznego ukazuje różne sposoby doświadczania, przeżywania i interpretacji ADHD, z którym autorzy biografii żyją na co dzień. Na podstawie narracji można wnioskować, że dorosłe osoby z ADHD cierpią, tracą zaufanie do samych siebie, doświadczają frustracji, braku sprawczości, depresji i zmęczenia życiem. W celu podniesienia jakości swojego życia potrzebują miłości, akceptacji i zrozumienia dla zachowań, które prezentują, a które są konsekwencją zaburzenia.

Słowa kluczowe: ADHD, dorosłość, zachowania niepożądane, badania konstruktywistyczne.

Abstract

The conducted research was located in the trend of constructivist research, which consequently allowed to use the biographical method. Thematic narrative interviews were conducted with adults with ADHD who were willing to talk about their lives. The aim of the research was to reconstruct lived experiences and reach the subjective meanings that were given to this disorder by adults with ADHD. Therefore, it was examined how these people define the disorder, how they interpret the consequences resulting from the disorder, how they deal with the implications of the disorder in various areas of their existence and what was/is the most important from their perspective. The analysis of empirical material shows the ways of experiencing, feeling and interpreting ADHD, which the authors of the biographies live with every day. Based on the narrative, it can be concluded that adults with ADHD suffer, lose self-confidence, experience frustration, lack of agency, depression and fatigue with life. In order to improve the quality of their lives, they need acceptance and understanding of the behaviours they demonstrate and which are a consequence of the disorder.

Keywords: ADHD, adulthood, undesirable behaviours, constructivist research.

Wprowadzenie

ADHD to zaburzenie neurobiologiczne (Kupnicka i in., 2017), które rozpowszechnione jest na całym świecie. Nie jest przypisane do danej kultury, co skutkuje licznymi międzynarodowymi definicjami. Różnią się one między sobą, w zależności od przyjętej perspektywy społecznej, kulturowej oraz od przyjętej koncepcji (Bernau, 2022). Globalność tego zaburzenia przyczyniła się do powstania skrótu ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), który oznacza „zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi" (Wolańczyk i in., 1999). Często też używa się określenia zespół deficytu uwagi (ADD) lub zaburzenie hiperkinetyczne (HKD) (Faraone i in., 2003). Bernau podkreśla, iż wśród naukowców istnieje na temat ADHD międzynarodowy konsensus, gdzie zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniem koncentracji uwagi „rozumiany jest jako kompleksowy obraz zaburzenia, czyli jako zespół charakteryzujący się chronicznym przebiegiem i dotyczący wszystkich przedziałów wiekowych, w których uwidacznia się współdziałanie czynników neurologicznych i psychospołecznych" (Bernau, 2022, s. 36–37). Mimo iż ADHD jest uznane za zaburzenie dotykające jednostki na przestrzeni całego cyklu życia, to nadal toczy się debata na temat konceptualizacji tego zaburzenia u dorosłych oraz najlepszego sposobu operacjonalizacji (Matte i in., 2012). W przeciwieństwie do wielu krajów europejskich, ADHD u dorosłych w Polsce jest niedostatecznie zdiagnozowaną sytuacją kliniczną, w związku z tym stanowi przedmiot dyskusji naukowej.

Rosnąca świadomość problemu ADHD u dorosłych przekłada się na zgodność wśród badaczy co do występowania syndromu na przestrzeni całego życia (Szaniawska, 2010). ADHD początkowo badano tylko u dzieci i nie brano pod uwagę, że objawy często utrzymują się do wieku dorosłego (Goodman i in., 2016; Torgersen i in., 2016). Oznacza to, że przejawy syndromu nie znikają wraz z wejściem w dorosłość, ale zmieniają swoją postać i implikują realne problemy w wielu aspektach życia codziennego. Znajduje to potwierdzenie w licznych badaniach prowadzonych na temat dorosłych z ADHD (Mick i in., 2005; Turgay i in., 2012; Young i in., 2016), z których wynika, że mają oni trudności m.in. z przystosowaniem psychologicznym, utrzymaniem pracy i związków małżeńskich, zdobyciem wykształcenia i utrzymaniem przeciętnego statusu socjoekonomicznego oraz nie posiadają umiejętności planowania dnia codziennego (spóźnienia do pracy, nieterminowość w opłacaniu rachunków, zapominalstwo i inne). Badacze podkreślają, iż objawy ADHD mogą utrzymywać się w okresie dorosłości aż w 65% przypadków (Weiss i in., 1999; Kessler i in., 2005).

Objawy ADHD pojawiają się już we wczesnym okresie życia. Na przestrzeni lat następuje naturalna zmiana obrazu klinicznego ADHD, co powoduje że zaburzenie to u dorosłych przyjmuje inne objawy w zakresie impulsywności, nadruchliwości i braku

koncentracji uwagi[1] niż w okresie dzieciństwa. W cyklu życia zmniejszają się objawy nadruchliwości i impulsywności, bardziej natomiast dotkliwe stają się objawy dotyczące zaburzenia uwagi (Galéra i in., 2011). Badacze Adler i Cohen (2004) oraz Goodman (2007) wskazują, że zaburzenia uwagi mogą przejawiać się trudnościami w kończeniu zadań, nieumiejętnym gospodarowaniem czasem, brakiem utrzymania uwagi podczas wykonywania pracy biurowej, rozkojarzeniem, zapominalstwem i słabą koncentracją. Zaburzenia uwagi w dorosłym życiu utrudniają prowadzenie konwersacji, utrzymanie uwagi na czytanym materiale, trudności z dokończeniem zadań, gubieniem rzeczy. Nadpobudliwość może przejawiać się subiektywnym uczuciem niepokoju, skutkuje niemożnością odprężenia się, stałą nerwowością i byciem w ciągłym ruchu (Hallowell i Ratey, 2004) oraz wyborem takiej pracy, która wymaga dużo energii (Kessler i in., 2005). Nadruchliwość także zmniejsza swoje nasilenie z wiekiem i tylko u niektórych dorosłych jest objawem utrudniającym funkcjonowanie (Barkley, 2006). Impulsywność u dorosłych implikuje problemy z utrzymaniem związku, miejsca pracy, nieprzewidywaniem konsekwencji w działaniu, podejmowaniem decyzji bez zastanowienia (Hallowell i Ratey, 2004). Głównym objawem ADHD u dorosłych jest rozregulowanie emocjonalne (Hirsch i in., 2018). Należy także podkreślić, że dorosłe osoby z ADHD są gadatliwe, krzykliwe, a często wręcz bardzo hałaśliwe. Szybko się denerwują i irytują, bowiem w rozmowie nie potrafią czekać na swoją kolej (Asherson i in., 2014). Dodatkowo badania wskazują na niską samoocenę i trudności interpersonalne dorosłych z ADHD (Mazzone i in., 2013).

Diagnozowanie ADHD u osób dorosłych nastręcza wielu trudności. Robertson zauważa, iż „ze względu na brak świadomości, identyfikacji i informacji w latach 80. I 90., dzisiejsi dorośli z ADHD mieli mniejsze prawdopodobieństwo zdiagnozowania w dzieciństwie" (Robertson, 2023, s, 24). Oznacza to, że wielu dzisiejszych dorosłych z ADHD było niezdiagnozowanych w okresie dzieciństwa, a diagnoza została dopiero postawiona w dorosłości. Wielu dorosłych diagnozuje się, gdy słyszy diagnozę ADHD u swojego dziecka i dowiaduje się, że dziedziczność tego syndromu wynosi aż 76% (Faraone i Larsson, 2019). Innym powodem diagnozy ADHD w dorosłości są objawy, które rozpoznaje partner mający świadomość na temat zaburzenia (Robertson, 2023). Ponadto zauważalny jest problem ze specjalistami, którzy mieliby dokonywać diagnozy i podejmować leczenia w zakresie ADHD. Zdaniem Szaniawskiej w Polsce nie ma „placówek zajmujących się kompleksowym leczeniem nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami uwagi u osób dorosłych. Praktycznie rzecz biorąc, psychiatrzy nie rozpoznają ADHD u osób dorosłych. Nie oznacza to, że nie ma takich pacjentów" (Szaniawska, 2010, s. 208). Z badań Bernau wynika, iż „pewność prowadzenia terapii oraz

[1] W artykule skupiono uwagę na trzech osiowych objawach ADHD: zaburzenia koncentracji uwagi, nadruchliwość i impulsywność. Objawy te są rozpoznane w obowiązującej w Europie Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (*International Classification of Diseases* – ICD), opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO).

sumienność diagnostyczna charakteryzuje niewielką zaledwie grupę doświadczonych terapeutów. Nie ma zatem pewności co do odpowiedniego postępowania w przypadku dorosłych z ADHD" (Bernau, 2022, s. 10–11). Brak standardów diagnozy i leczenia ADHD u dorosłych skutkuje zbyt rzadką rozpoznawalnością tego zespołu (Wolańczyk, 2005). Dodatkowym czynnikiem niesprzyjającym diagnozie jest wykształcenie przez dorosłych z ADHD strategii kompensacyjnych, dzięki którym minimalizują dokuczliwe objawy zespołu (Adler i Cohen, 2004). W ten sposób nie tylko ukrywają objawy ADHD przed otoczeniem, ale jednocześnie takie zachowanie utrudnia rozpoznanie zaburzenia, które jest mniej widoczne dla lekarzy (Goodman, 2010). W Europie także rzadko diagnozuje się i leczy ADHD u dorosłych. Dotyczy to przede wszystkim zaburzenia koncentracji uwagi, które charakteryzuje się „krótkim czasem skupienia na zadaniach (wyjątkiem jest hiperfokus dotyczący bardzo atrakcyjnych w danym momencie zadań), łatwością rozpraszania uwagi zarówno przez bodźce zewnętrzne, jak i wewnętrzne, szybką męczliwością uwagi, śnieniem na jawie i niskim poziomem umiejętności planowania i organizacji" (Bernau, 2022, s. 19–20). Goodman podkreśla, iż „rozpoznawanie ADHD u dorosłych może stanowić wyzwanie, ponieważ w celu postawienia czy potwierdzenia rozpoznania nie można oprzeć się na żadnym obiektywnym teście medycznym lub neuropsychologicznym; nie ma również porozumienia dotyczącego, jaki swoisty zespół objawów charakteryzuje ADHD u dorosłych" (Goodman, 2010, s. 71).

Brak dostatecznej wiedzy o zaburzeniu, brak profesjonalnej diagnozy oraz specjalistycznego wsparcia w leczeniu dorosłych osób powoduje, że dorośli z ADHD często cierpią i nie otrzymują właściwej, specjalistycznej pomocy. Mimo rosnącej świadomości społecznej na temat tego zaburzenia w dorosłości, wiele przypadków wciąż pozostaje nierozpoznanych i nieleczonych (Kupnicka i in., 2017). Wielu badaczy wskazuje na sytuacje, w których ADHD jest utożsamiane z podobnymi zaburzeniami psychicznymi lub jest przysłaniane przez objawy chorób współistniejących (Able i in.,2013; Kawatkar i in., 2014).

W celu zminimalizowania dokuczliwych zachowań wynikających z ADHD dorośli korzystają z terapii, ale w przypadku tego zespołu musi być ona prowadzona wielotorowo. Jej celem jest zmniejszenie trudności, które utrudniają codzienne funkcjonowanie, a tym samym poprawa jakości życia. ADHD można leczyć farmakologicznie i poprzez stosowanie psychoedukacji, naukę technik behawioralnych i poznawczych (Szaniawska, 2010). Ponadto terapia musi mieć charakter długotrwały ze względu na konieczność zapoczątkowania procesu tworzenia i utrwalania nowych umiejętności u dorosłych z ADHD. Potrzebują więc oni opieki psychiatry i psychoterapii, ale także wsparcia i zrozumienia ze strony osób z najbliższego i dalszego otoczenia.

Funkcjonowanie osób z ADHD w dorosłości jest nie tylko efektem zmieniającego się obrazu klinicznego zaburzenia, ale również konsekwencją doświadczeń wyniesionych z dzieciństwa. Szczególne znaczenie mają tu zarówno oddziaływania środowiskowe (np. wsparcie rodziców i nauczycieli, sposoby interpretowania zachowań

dziecka), jak i tzw. wtórne skutki ADHD, obejmujące m.in. obniżoną samoocenę, trudności emocjonalne czy problemy relacyjne (Podgórska-Jachnik, 2019).

Metodologia badań własnych

Przeprowadzone badania zrealizowano w paradygmacie jakościowym, interpretatywnym. Inspiracją do ulokowania badań w tym paradygmacie była przede wszystkim chęć poznania i zrozumienia dorosłych osób z ADHD, które z powodu zaburzenia doświadczają problemów i trudności na różnych polach codziennego egzystowania. Przez podjęte badania starano się odczytać, zrozumieć i zinterpretować swoisty „tekst społeczny" konstruowany przez dorosłe osoby z ADHD, realizowany w toku różnych interakcji. Aby zrozumieć sens i istotę tych zachowań, usiłowano poznać „prawdziwe" znaczenia nadawane przez dorosłe osoby z ADHD własnemu doświadczeniu. Badacze realizujący model badań jakościowych

> (…) starają się słuchać i rozumieć badane osoby, odkrywać ich przeżycia wewnętrzne, a także analizować rzeczywistość z pozycji badanych, (…). W toku badań jakościowych poznaje się świat przeżyć wewnętrznych, świat emocji, oczekiwań, nastawień, przeświadczeń, chęci, lęków, obaw, nadziei dzieci, młodzieży i dorosłych. (Palka, 2006, s. 77)

Celem badań była rekonstrukcja przeżytych doświadczeń i dotarcie do subiektywnych znaczeń, jakie zostały nadane przez dorosłych z ADHD temu zaburzeniu. Badano więc, jak osoby te definiują zaburzenie, jak interpretują konsekwencje wynikające z zaburzenia, jak radzą sobie z następstwami zespołu w różnych płaszczyznach swojej egzystencji, co z ich perspektywy jest/było najważniejsze. Przedmiotem badań uczyniono ADHD i nadane mu przez dorosłe osoby indywidualne sensy i interpretacje. Poszukiwano więc odpowiedzi na następujące pytanie badawcze: Jak dorośli interpretują własne doświadczenia związane z ADHD w cyklu życia? W badaniach wykorzystano metodę biograficzną, uznając ją za najbardziej odpowiednią do eksploracji podjętej problematyki badawczej. W konsekwencji jej wyboru w badaniach zastosowano tematyczny wywiad narracyjny.

W badaniach jakościowych grupa badawcza jest wyłaniana zgodnie z zasadą celowego doboru próby. Poszukiwano dorosłych osób z diagnozą ADHD, które zechcą opowiedzieć o swoich doświadczeniach związanych z tym zaburzeniem. Badania przeprowadzono na przełomie 2023 i 2024 roku z 10 osobami, które wyraziły zgodę na uczestnictwo w długim wywiadzie, jego rejestrację i publikację danych. Do badań wybrano osoby, które reprezentują wczesną, średnią i późną dorosłość. Wynika to z rozumienia przez badaczkę cyklu życia przyjętego za teorią rozwoju psychospołecznego E. H. Eriksona, który przyjmuje, że wczesna dorosłość przypada na okres 18–25 lat, średnia dorosłość na 25–50 rok życia, późna dorosłość na 50–75 lat (2011). W związku z tym rozmówcy (3 kobiety i 7 mężczyzn) mieszczą się w przedziale wiekowym 19–51 lat. Badani pochodzą z różnych rejonów Polski. Ze względu na ochronę danych

osobowych przyjęto następujące kody: WK: 1, WK: 2, WK: 3, WM: 4, WM: 5, WM: 6, WM: 7, WM: 8, WM: 9, WM: 10, gdzie W oznacza wywiad, K/M – płeć badanego, a cyfra numer wywiadu. Wśród badanych są dwie osoby w związku małżeńskim, które posiadają potomstwo, jedna osoba jest rozwiedziona, pozostali są stanu wolnego; pięć osób mieszka samodzielnie, zaś pięć osób z rodzicami; sześć osób jest zatrudnionych na umowę o pracę lub zlecenie, cztery osoby są bezrobotne. Przed przystąpieniem do transkrypcji wywiadów miały miejsce wielokrotne spotkania badaczki z rozmówcami, których celem było nawiązanie relacji pozwalających na swobodną rozmowę oraz poczucie, że sprawy poruszane przez narratorów są dla badaczki bardzo istotne.

Analiza materiału empirycznego

Analizując materiał empiryczny, czyli szukając sensów i znaczeń w opowieściach badanych, zastosowano procedurę analityczną wywiadów narracyjnych, którą zaproponował Schütze (2012). Zawiera ona następujące elementy: transkrypcję i nadanie tytułów poszczególnym wywiadom, analizę formalną tekstu, opis strukturalny narracji, analityczne abstrahowanie, porównywanie kontrastowe, syntezę. Przedstawione do analizy narracje pogrupowano w kategorie, które odzwierciedlają doświadczenia badanych i ukazują różne etapy ich życia z ADHD (od dzieciństwa do chwili obecnej).

(Nie)stabilna tożsamość

W analizowanych narracjach można odnaleźć wiele wątków odnoszących się do tożsamości badanych osób. Proces budowania tożsamości u autorów biografii wiąże się bardzo mocno z ADHD. Zaburzenie, z którym funkcjonują, odegrało istotną rolę w przeżywaniu życia, przetwarzaniu informacji o sobie, świadomości swojego potencjału, ale także słabych stron. Dorośli z ADHD zdają sobie sprawę, w jaki sposób zaburzenie to organizowało/organizuje ich obecne życie. Niektórzy badani wracają w swoich narracjach do czasów dzieciństwa/dojrzewania, kiedy zdiagnozowano u nich ADHD, albo do czasów, kiedy nieświadomi zaburzenia prezentowali negatywne zachowania, nieakceptowane m.in. przez nauczycieli, rówieśników, rodziców. Zdecydowana większość autorów biografii doświadczyła już w dzieciństwie upokorzenia, ośmieszenia, odtrącenia czy osamotnienia z powodu niepożądanych zachowań. Dla tych rozmówców ADHD to fatum, przekleństwo, piętno, które spowodowało, że wcześniejsze etapy życia kojarzą się z przykrymi doświadczeniami, mającymi w ich odczuciu znaczenie na obecnie przeżywaną dorosłość. W historiach badanych uwidaczniają się takie emocje jak: złość, strach, gniew, żal, lęk przed ponowną porażką, zaniżona samoocena i brak poczucia własnej wartości. Skutkuje to w dorosłości – jak podkreślają badani – niechęcią do nawiązywania relacji, podejmowania nowych wyzwań czy brakiem

otwartości na nowe doświadczenia. Autorzy biografii, dokonując rekonstrukcji przeżytych doświadczeń, mówią tak:

> „To było jeszcze w szkole, ciągłe wpadki, to bycie ofiarą i najgorszym w klasie (…) ten strach nie mija z upływem czasu" (WM: 4).
>
> „(…) za dzieciaka psychiatra powiedział o tym ADHD, wtedy to nie było tak jeszcze znane, więc takim dziwolągiem byłem (…) no wiadomo, że to zostaje" (WM: 10).
>
> „Czuję często tę samotność z czasów dzieciństwa, to było i nadal jest takie…. Obezwładniające" (WK: 1).
>
> „(…) jak fatum, jak to do człowieka przylgnie, to ciągnie się przez całe życie" (WM: 6).
>
> „Dla mnie to ADHD jest przekleństwem, (…) ja zawsze byłem ten najgorszy, chociaż byli gorsi, ale oni nie mieli ADHD" (WM: 7).

Już od dzieciństwa badani otrzymywali od innych negatywne informacje na swój temat, które sprawiały im ból, wywoływały żal i złość oraz prowadziły do osamotnienia. Nie rozumieli postaw rówieśników, nauczycieli, rodziców, które były dla nich krzywdzące. Te negatywne doświadczenia oraz zniekształcony obraz siebie na podstawie opinii innych miały ogromne znaczenie dla tworzącej się tożsamości. Można wnioskować, że postrzeganie własnego „ja" przez badanych kontrastowało z tym, jak byli postrzegani przez innych. Niektórzy rozmówcy są świadomi, iż te pejoratywne doświadczenia mocno są w nich zakorzenione i „pokutują" w dorosłości:

> „Nigdy nie usłyszałem od rodziców, że są ze mnie dumni, ale jak coś zbroiłem w szkole, to od razu była kara (…) byłem fajnym i takim rezolutnym chłopakiem" (WM: 4).
>
> „Diagnozę otrzymałam mając już 35 lat, i muszę powiedzieć, że wtedy zrozumiałam, dlaczego jestem inna" (WK: 1).
>
> „(…) kiedyś zastanawiałem się, czy jest coś w moim życiu, za co zostałem pochwalony czy nagrodzony? (…) dobrze grałem w piłkę, szybko biegałem (…)" (WM: 9).
>
> „(…) jak cały czas słyszysz tylko negatywy na swój temat, to nie wejdziesz w dorosłość bez szwanku, (…) niestety, ale to pokutuje" (WM: 10).

Analiza narracji dowodzi, że dorośli są bardzo świadomi swoich słabych i mocnych stron wynikających z ADHD. Do słabych zaliczają najczęściej: bałaganiarstwo, roztargnienie, zapominalstwo, spóźnialstwo i nieodpowiedzialność:

> „Zapominam nawet, jak mam zapisane w kalendarzu, (…) jestem bałaganiarą" (WK: 2).
>
> „(…) w domu bałagan, chyba nie umiałbym żyć w porządku" (WM: 7).
>
> „Ciągle spóźniam się do pracy, na spotkania, nawet na poród się spóźniłem" (WM: 5).

Za mocne strony uważają odwagę, otwartość, ciekawość, bycie towarzyskim. Część rozmówców interpretuje ADHD jako dar, dzięki któremu są kreatywni, potrafią dostosować się szybko do nowych okoliczności, poszukują ciągle inspiracji spędzania czasu wolnego, są ciekawi świata i ludzi. Badani postrzegają w posiadaniu ADHD potencjał, który motywuje ich do podejmowania nowych wyzwań:

„Ja wiem, że dzięki ADHD nie mam w sobie czegoś takiego jak lęk (…) wspinaczka, skitouring, motolotnia i tak dalej. Ja wiem, że żyję" (WM: 8).

„(…) dzięki ADHD jestem w tu, gdzie jestem i jestem tym, kim jestem" (WM: 7).

ADHD dla niektórych badanych to możliwość zyskania uznania towarzyskiego czy zawodowego. Z narracji wynika, że to dzięki temu zaburzeniu stali się bardziej przebojowi, odważniejsi w relacjach, otwarci na nowe doświadczenia:

„(…) pomaga mi to w kontaktach towarzyskich i nawiązywaniu relacji w ogóle. Kiedyś byłem wstydliwy (…)" (WM: 8).

„Mój szef zawsze się śmieje, że ja to wszystkiego jestem ciekawy, że każde wyzwanie podejmę. (…) to jest moje ADHD, dzięki któremu jestem jaki jestem (…)" (WM: 7).

Świadomość słabych stron jako następstwo zaburzenia oraz negatywne doświadczenia z dzieciństwa w przypadku części badanych nie przekreśliły pozytywnego nastawienia i akceptacji siebie. Ci badani mają poczucie decyzyjności, sprawstwa, czują się częścią społeczności, do której przynależą oraz mają poczucie własnej wartości i sensu życia. Analizując ich biografie można przypuszczać, iż wsparcie najbliższych było tym fundamentem, dzięki któremu uporali się z negatywnymi emocjami z przeszłości i mogli konstruować koncepcję siebie z ADHD w dorosłości. Wypowiedzi badanych wskazują, że wsparcie doświadczane już w dzieciństwie mogło pełnić funkcję ochronną, ograniczając negatywne konsekwencje zaburzenia i wspierając rozwój bardziej adaptacyjnych strategii radzenia sobie:

„Mama zawsze mnie wspierała i stała murem za mną" (WK: 3).

„(…) akceptacja rodziny jest tu najważniejsza (…)" (WK: 2).

„(…) jak masz miłość i zrozumienie, to poradzisz sobie ze wszystkim" (WM: 10).

(Re)organizacja dorosłości

Dorosłość osób z ADHD naznaczona jest skutkami tego zespołu. Są one dokuczliwe i mimo świadomości badanych oraz często podejmowanych terapii, utrudniają codzienne funkcjonowanie. Poza akceptacją i wsparciem ze strony najbliższych czynnikiem motywującym jest terapia psychologiczna (w niektórych przypadkach uzupełniona o farmakologiczną), podczas której uczą się panowania nad utrudniającymi życie objawami. Dzięki temu są w stanie lepiej zorganizować swoje życie i funkcjonować w taki sposób, żeby nie odczuwać dyskomfortu z tytułu posiadanego ADHD lub minimalizować objawy zespołu. W swoich opowieściach często odnoszą się do sfery zawodowej, co może świadczyć o wadze tej płaszczyzny w ich życiu:

„(…) jestem dość dobrze zorganizowana, ale tylko w pracy" (WK: 1).

„(…) terapia indywidualna i grupowa dają mi szansę na normalne życie" (WM: 7).

„Bez terapii jest ciężko (…) Totalna rozpierducha" (WM: 10).

„Łatwiej mi jest jak jestem w terapii (…), w domu mąż mi pomaga, ale w pracy muszę liczyć tylko na siebie" (WK: 2).

Niektórzy badani otrzymują wsparcie ze strony partnerów/małżonków, rodziców, własnych dzieci, dzięki którym mogą realizować obowiązki, np. rodzinne, zawodowe. Autorzy biografii nadają ogromne znaczenie tej pomocy, chociaż przyznają, iż zatracają w ten sposób swoją samodzielność czy decyzyjność. Analizując biografie badanych, można zauważyć, że chętnie korzystają z pomocy innych, bowiem mają zaburzoną zdolność podejmowania decyzji. Umiejętność planowania obowiązków wynikających z dorosłości i konsekwentnego ich realizowania wymaga od nich ogromnej siły, determinacji i ciągłej pracy nad sobą:

„(…) już musisz cały czas się pilnować, żeby twoje życie było poukładane" (WM: 10).

„Mąż pilnuje mnie, żebym się nie spóźniała do pracy, do przedszkola z dziećmi, czy dentysty" (WK: 2).

„Żona zapisuje mi wszystko w grafiku, wieszamy to na lodówce, dzwoni i przypomina w ciągu dnia (…) trochę jak dziecku, ale wiem, że sam bym tego nie ogarnął" (WM: 5).

„Dzięki rodzicom to jakoś się toczy (…) przerasta mnie to (…)" (WK: 3).

Organizacja codzienności dla części badanych stanowi ogromne wyzwanie. Autorzy biografii mówią o chaosie w swoim życiu, nad którym nie są w stanie zapanować mimo dorosłości. Znalezienie pracy, utrzymanie związku czy wywiązanie się z obowiązków rodzinnych stanowi dla nich ogromną trudność i jest przyczyną stresu oraz poniesionych porażek na wielu polach:

Był taki czas, że kąpałam się raz na 2 tygodnie, miałam pokołtunione włosy, a ciuchy do pracy brałam ze sterty ubrań na podłodze i odświeżałam je odświeżaczem do powietrza, zamiast je prać (WK: 1).

Próbowałam zamieszkać sama i żyć na własny rachunek, ale zapominałam o zakupach, o chodzeniu do pracy, o rachunkach. (WK: 3).

Dodatkowym czynnikiem mającym znaczenie dla jakości życia w dorosłości są zaburzenia, które utrudniają im codzienne funkcjonowanie i uniemożliwiają wywiązywanie się z różnych ról społecznych. Narratorzy wspominają o depresji, zaburzeniach lękowych czy uzależnieniu. Te fragmenty narracji są dla nich szczególnie trudne, o czym mogą świadczyć łzy czy trzęsący się głos. Zaniżona samoocena, niskie poczucie własnej wartości, a niekiedy brak odwagi dzielenia się problemami z najbliższymi prowadzi badanych do osamotnienia i bierności. Lęk przed krytyką skutkuje izolacją od najbliższych, a niekiedy ucieczką przez ludźmi:

„No depresję jeszcze mam (…) czasami myślę, że lepiej dla mojej rodziny jakby mnie nie było… (…) po co matce głowę zawracać" (WM: 6).

„Czasami wpadam w takie stany lękowe (…)" (WM: 5).

„(…) uzależnienie od gier komputerowych. (…) w sieci nikt nie ocenia" (WM: 10).

„Źle sypiam (…) jestem zmęczona i fizycznie, i psychicznie od niewyspania" (WK: 3).

(Nie)odpowiedzialny aktor życia

Autorzy biografii bardzo poważnie podchodzą do dorosłości i wynikających z niej obowiązków. Podjęcie pracy, samodzielne zamieszkanie, decyzyjność, sprawstwo, autonomia, związek miłosny, założenie rodziny itd. Dla narratorów te kwestie są bardzo istotne i dlatego nadają im ogromne znaczenie. Mówiąc o tych atrybutach, bardzo często wspominają o odpowiedzialności, którą dorosły człowiek – co podkreślają badani – powinien kierować się w życiu. Analizując narracje, można odnieść wrażenie, że to właśnie ta kategoria definiuje dorosłość z perspektywy narratorów i o niej przesądza:

> „(…) przy ADHD trudno być odpowiedzialnym, bo czasami robisz coś czego nie chcesz zrobić, coś głupiego (WM: 10).
>
> „(…) niestety nie zawsze jestem odpowiedzialna i cierpią na tym moi najbliżsi" (WK: 2).
>
> „Przy tej chorobie ciężko być naprawdę odpowiedzialnym (…) bo ja chcę mieć pracę, normalne życie i chciałbym, żeby mnie ludzie szanowali" (WM: 6).
>
> „(…) mam problem z ogarnięciem obowiązków (…) bez żony nie ma szans" (WM: 4).

Brak możliwości bycia odpowiedzialnym za siebie, za rodzinę, w pracy, przysparza części autorom biografii wielu problemów i jest dla nich źródłem frustracji. Mają oni świadomość, że nie są w stanie zapanować nad niektórymi objawami ADHD, co jest lub może być kłopotliwe w relacjach z innymi ludźmi. Brak odpowiedzialności skutkuje u narratorów brakiem wiary w siebie i niechęcią do wszelkich aktywności. W narracjach tych uwypukla się rozgoryczenie i częste poczucie, że zawodzi się innych. Jest to obciążające dla badanych, szczególnie w sytuacjach, w których nie wykazali się oni rozsądkiem i roztropnością, co mogło być niebezpieczne w skutkach dla najbliższych:

> „Zostałam z dziećmi w domu (…), to taki impuls, że wstałam i wyszłam (…), zostawiłam dzieci bez opieki (…) jestem matką, więc muszę być odpowiedzialna" (WK: 2).
>
> Pojechałem zawieźć syna do przedszkola, ale po drodze coś odwróciło moja uwagę i wróciłem z nim z powrotem (…) spał w samochodzie, sąsiad go zauważył" (WM: 5).

Można odnieść wrażenie, że niektórzy badani doświadczają kryzysu egzystencjalnego którego powodem jest brak realizowanych atrybutów przypisanych dorosłości, a przede wszystkim odpowiedzialności. Niektóre fragmenty narracji są bardzo przejmujące i ukazują skalę tego kryzysu:

> „Czasami myślę, że lepiej dla mojej rodziny, jakby mnie nie było… (…)" (WM: 6).
>
> „(…) myślałem o samobójstwie, jeszcze za dzieciaka" (WM: 5).
>
> „(…) to jest obciążające, że mimo dorosłości nie zachowuję się odpowiedzialnie (WK: 2).
>
> „Bardzo chciałbym, żeby moje życie wyglądało inaczej (…) nienawidzę siebie" (WM: 4).

(Nie)codzienne oczekiwania

Analiza narracji ukazuje historie przepełnione różnymi emocjami. Wynikają one między innymi z oczekiwań wobec narratorów, których nie są oni w stanie spełnić. W wyniku tego doświadczają frustracji, zmęczenia, bezsilności i bycia niepotrzebnym. Dorośli z ADHD są świadomi swojej „inności" z powodu doświadczanego zaburzenia. Często doświadczali stygmatyzacji, izolacji i odtrącenia z powodu prezentowanych zachowań i mają poczucie, że ADHD jest piętnujące i naznacza ich jako gorszych. Okres dzieciństwa i dojrzewania narratorów obarczony był ciągłą presją, krytyką i koniecznością dostosowania się do obwiązujących norm:

„(…) dostosować za wszelką cenę (…) nie mogłem chociaż chciałem" (WM: 7).

„(…) szczególnie w szkole, gdzie są normy, zasady i wszystko, żeby wszelaką inność zgnoić (WM: 8).

„(…) pamiętam, że w dzieciństwie to nie było przyjemne, być ciągle na świeczniku i to oczywiście z powodu złego zachowania (…)" (WK: 1).

Ogromne znaczenie badani nadają relacjom z innymi. Starają się uwzględniać potrzeby i oczekiwania osób z bliższego i dalszego otoczenia. Objawy zespołu utrudniają im jednak wywiązywanie się z powierzonych obowiązków, dotrzymaniem danego słowa i ważnych terminów, bycia konsekwentnym w działaniu. Brak możliwości zaspokojenia potrzeb najbliższych skutkuje poczuciem winy, które obciąża narratorów i jest przyczyną zaniżonej samooceny:

„No nie jestem rodzicem, na którym można polegać (…)" (WM: 5).

„Ja tego nie robię specjalnie, to się dzieje poza mną, ja wiem, że coś miałem do zrobienia i że to było coś ważnego, ale zapominam (…)" (WM: 4).

„Chyba najgorsze jest to, że twoi bliscy liczą na ciebie (…) wiem, że zawodzę" (WM: 9).

„Jak widzę minę córki czy męża, to już wiem, że coś spartoliłam (…) poczucie winy mnie wykańcza czasami" (WK: 2).

Autorzy biografii mają świadomość, że rodzina, przyjaciele, pracodawcy mają wobec nich oczekiwania, ale wywiązywanie się z poszczególnych ról społecznych wynikających z dorosłości jest dla nich bardzo trudne lub wręcz niemożliwe do zrealizowania. Autorzy biografii doświadczają presji w zakresie założenia rodziny. Badania ukazały jednak ogromną trudność w zakresie tworzenia głęboko emocjonalnego związku. Tylko dwie osoby są w związku formalnym. Pozostali narratorzy mówią o poniesionych porażkach w zakresie relacji miłosnej:

„(…) po diagnozie zacząłem terapię, ale żona i tak odeszła" (WM: 6).

„Nie wiem, czy to wina ADHD czy nie, ale to na pewno nie pomagało" (WM: 7).

„No nie mam szczęścia w miłości (…), chciałbym mieć żonę, dzieci" (WM: 8).

„Człowiek chciałby normalnie żyć, (…) nie zatrzymasz nikogo na siłę (WM: 10).

Z narracji wynika, że presja i oczekiwania społeczne co do „powinności" człowieka dorosłego są dla badanych przytłaczające, a niekiedy zmuszające do „ucieczki". Podkreślają oni, że prezentowane przez nich zachowania niepożądane są niezależne od ich woli i nie zawsze mogą nad nimi zapanować. Z opowieści można wnioskować, że otoczenie bliższe lub dalsze oczekuje od nich szeroko rozumianej „normalności". Autorzy biografii, mówiąc o tych doświadczeniach, szczególne znaczenie nadają słowu „normalność", które ich dyskredytuje w różnych płaszczyznach życia społecznego i dla nich nabiera zupełnie innego znaczenia:

„No nie jesteś normalny jak masz ADHD (…)" (WM: 7).

„(…) moje życie nie jest normalne (…)" (WM: 4).

„To co dla innych jest normalne, dla mnie nigdy normalne nie będzie" (WK: 1).

„Ja chyba nigdy nie będę taka normalna jak inni (…)" (WK: 3).

Dyskusja wyników i implikacje dla praktyki pedagogicznej

Z analizy narracji wynika, że ADHD organizuje życie narratorów. Objawy zaburzenia definiują sposób przeżywania życia i jego jakość. Symptomy ADHD postrzegane były/są przez innych jako negatywne, co powoduje, że większość badanych otrzymywała negatywne komunikaty na swój temat już od czasów dzieciństwa. Nie sprzyjało to budowaniu poczucia własnej wartości, bezpieczeństwa i przynależności. Autorzy biografii mieli/mają poczucie bycia innym, a więc tym gorszym, nie wpisującym się w obowiązujące normy i oczekiwania. W swoich opowieściach używają terminów „normalne" vs „nienormalne", mając świadomość, iż nie posiadają umiejętności i możliwości funkcjonowania w normalności rozumianej przez innych. Czują się przez to zdyskredytowani i oceniani jako niezdolni do realizowania atrybutów dorosłości. Wyniki badań wskazują, że doświadczenia z dzieciństwa nie tylko stanowią tło dla dorosłego funkcjonowania, ale aktywnie współkształtują jego przebieg. W szczególności negatywne doświadczenia społeczne oraz brak adekwatnego wsparcia mogą prowadzić do utrwalenia wtórnych skutków ADHD, które ujawniają się w dorosłości w postaci trudności emocjonalnych, relacyjnych i niskiej samooceny. Można zatem mówić o swoistym „dzieciństwie w cieniu ADHD", które stanowi istotny kontekst interpretacyjny dla rozumienia późniejszych trajektorii życiowych badanych osób.

Ważnym momentem w życiu badanych jest diagnoza ADHD. Większość z nich została zdiagnozowana dopiero w dorosłości, np. w momencie diagnozowania własnych dzieci (Gallo i Posner, 2016; Faraone i Larsson, 2019) lub wówczas, gdy ich partnerzy zaczęli zwracać uwagę na ich gorsze funkcjonowanie społeczne lub w związkach miłosnych. Znajduje to odzwierciedlenie w licznych badaniach Ben-Naim i in. (2017), Bodalskiego i in., (2019). Moment otrzymania diagnozy był bardzo ważny dla autorów biografii, ponieważ większość z nich zrozumiała przyczyny swoich zachowań, które były krytykowane już od dzieciństwa i początkowych etapów edukacji.

Doświadczali krytyki zachowań, które prezentowali, a które były od nich niezależne. Dla rozmówców te fragmenty narracji były szczególnie trudne, bo przypominały im uczucia, które wówczas dominowały. Było to poczucie niesprawiedliwości i krzywdy, ale także złość, żal, wstyd, gniew, strach oraz ciągłe poczucie winy, osamotnienia, niepewności i odrzucenia. Miały one znaczenie w kreowaniu obrazu samego siebie oraz w procesie kształtowania się tożsamości. Dla części autorów biografii, którzy doświadczali ciągłych porażek, braku motywacji do podejmowania nowych wyzwań, braku zaufania do siebie, ale przede wszystkim braku wsparcia, które pomogłoby wyjść z doświadczanych kryzysów, diagnoza w dorosłości może pełnić nie tylko funkcję wyjaśniającą, ale także kompensacyjną wobec wcześniejszych, nieadekwatnie interpretowanych doświadczeń rozwojowych.

Dorosłość dla wszystkich badanych kojarzy się z realizacją różnych ról społecznych, z atrybutami takimi jak podjęcie pracy, założenie rodziny, decyzyjność, samodzielność, sprawstwo i odpowiedzialność. Tej ostatniej kategorii autorzy biografii nadają ogromne znaczenie, bowiem z odpowiedzialnością utożsamiają obecnie przeżywaną dorosłość. Z analizy narracji wynika, że nie zawsze są i mogą być odpowiedzialni za siebie i swoje zachowania, co skutkuje utratą pracy, rozstaniem/rozwodem, mieszkaniem z rodzicami, trudnościami w relacjach i niedbałością o siebie. Brak odpowiedzialności bardzo im przeszkadza w codziennym realizowaniu obowiązków i wywiązywaniu się z odpowiedzialnych ról przypisanych dorosłości. Tym samym np. obowiązki wynikające z rodzicielstwa cedują na swoich partnerów. Małżonkowie dorosłych osób z ADHD odczuwają, że objawy ich partnera negatywnie odbijają się na ich funkcjonowaniu w różnych obszarach i zakłócają organizację gospodarstwa domowego, wychowywanie dzieci oraz zarządzanie czasem rodzinnym. Potwierdzają to także badania Eakina i współpracowników (2004). Trudności te można interpretować nie tylko jako bezpośredni efekt objawów ADHD, ale również jako konsekwencję utrwalonych wtórnych deficytów w zakresie samoregulacji i organizacji zachowania, rozwijających się na wcześniejszych etapach życia.

Analizując biografie badanych, można stwierdzić, iż dorosłość osób z ADHD jest przede wszystkim obciążona negatywnymi doświadczeniami z przeszłości, które blokują ich aktywność w dorosłości. Obawa przed krytyką towarzyszy narratorom w różnych polach ich egzystowania, a dodatkowo jest wzmacniana przez charakterystyczne objawy zaburzenia, które utrudniają im codzienne życie. Autorzy biografii mają ogromne trudności w zakresie planowania zadań na różnych polach ich społecznego funkcjonowania. Znajduje to uzasadnienie w dotychczas ugruntowanej teorii, w której podkreślono, iż dorośli z ADHD w zakresie planowania zadań i wydarzeń wykazują się niską umiejętnością. Cechuje ich zapominalstwo, mają niefrasobliwy stosunek do pieniędzy, nie posiadają zdolności do nadawania struktury codziennym zadaniom i ustawiania obowiązków w odpowiednim porządku (Szaniawska, 2010; Bernau, 2022; Pink i Emery, 2023). Implikuje to trudności m.in. w pracy zawodowej, środowisku

domowym, życiu osobistym, które przekładają się na ich zdrowie psychiczne, samoocenę oraz relacje z osobami z bliższego i dalszego otoczenia. W ich życiu panuje ciągły chaos, a część badanych utożsamia ADHD z fatum czy przekleństwem, które organizuje ich życie i skutkuje posiadaniem negatywnych cech wynikających z zaburzenia. Zbliżone trudności w funkcjonowaniu społecznym i edukacyjnym zostały odnotowane w najnowszym, szeroko zakrojonym badaniu polskich studentów neuroróżnorodnych (w tym osób z ADHD), które ukazuje, że osoby te doświadczają istotnych barier w organizacji uczenia się, planowaniu działań, regulacji emocji oraz w relacjach społecznych w środowisku akademickim (Pisula i in., 2024). Wyniki te wskazują na ciągłość trudności od okresu edukacji formalnej do dorosłości oraz potwierdzają znaczenie wsparcia systemowego.

Analiza materiału empirycznego wskazuje, że część badanych, mimo negatywnych doświadczeń w okresie dzieciństwa i dorastania, postrzega ADHD jako pozytywny aspekt swojej osobowości i stara się wykorzystywać objawy zaburzenia, np. w płaszczyźnie zawodowej oraz do realizacji swoich pasji i zainteresowań. Interpretują swoje ADHD jako wyjątkowy dar, dzięki któremu mają ciągły optymizm, empatię, są kreatywni, przebojowi, podejmują ryzyko, są ciekawi ludzi i świata. Z opowieści można wnioskować, iż zaburzenie bywa dla nich dokuczliwe, ale częściej postrzegają je jako swoją pozytywną cechę, wyróżniającą ich. Ci badani mają poczucie autonomii, niezależności i sprawstwa, czują się częścią społeczności, do której przynależą, mają poczucie własnej wartości i sensu życia. Świadomość mocnych stron wynikających z posiadania ADHD skutkuje u nich akceptacją siebie, pozytywnym nastawieniem do innych, otwarciem na nowe doświadczenia. Można przypuszczać, że w tych przypadkach istotną rolę odegrały czynniki ochronne, w tym doświadczenia wspierającego środowiska.

Ważnym aspektem w biografiach badanych jest terapia psychologiczna i niekiedy farmakologiczna oraz wsparcie najbliższych. Badani ogromną wagę przywiązują do wsparcia ze strony najbliższych im osób (rodzice, małżonkowie/partnerzy, dzieci, przyjaciele), które swoją postawą przyczyniły się do pokonania kryzysów, zmiany sposobu postrzegania i akceptacji siebie. Ważnym elementem tej akceptacji był/jest udział w terapii, która dla autorów narracji także nabiera istotnego znaczenia. Narracje odnoszą się do wsparcia otrzymywanego w dorosłości, jednak jego znaczenie należy rozpatrywać w szerszym kontekście biograficznym. Literatura wskazuje, że kluczowe znaczenie dla późniejszego funkcjonowania mają również doświadczenia wsparcia lub jego braku w dzieciństwie, w tym proces uczenia się samoregulacji oraz sposób, w jaki środowisko interpretowało objawy ADHD (Podgórska-Jachnik, 2019). Kontynuacja wsparcia/terapii lub kompensacja doświadczeń z wcześniejszych etapów życia zdjęła z ADHD ciężar wstydu, pozwoliła badanym uporać się z negatywnymi doświadczeniami z wcześniejszych etapów życia oraz nauczyła ich rozumieć samych siebie i zmieniać wewnętrzną narrację. Dla niektórych badanych terapia była jedyną alternatywą dla myśli

samobójczych oraz poczucia izolacji i osamotnienia. Część narratorów uzupełnia terapię psychologiczną o farmakoterapię, uznając, że terapia kompleksowa przynosi najlepsze efekty w zakresie ich codziennego funkcjonowania. Znajduje to potwierdzenie u Bernau (2022), która podkreśla, iż terapia farmakologiczna powinna być zintegrowana z koncepcją wielu terapii, a wówczas pacjent otoczony specjalistyczną opieką może osiągać bardzo dobre wyniki terapii.

Biografie badanych są obarczone nie tylko ADHD, ale także innymi zaburzeniami, jak np. depresją, stanami lękowymi, zaburzeniami snu, uzależnieniami. Często są one powikłaniem niezdiagnozowanego i nieleczonego ADHD lub niskiej odporności na porażkę, krytykę i ciągłą ocenę prezentowanych zachowań. Dotychczasowe badania wskazują, iż dorośli z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej są narażeni na zwiększone ryzyko zaburzeń depresyjnych, problemy emocjonalne, zaburzenia lękowe, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, fobie, natręctwa (Knouse i in., 2013; Agnew-Blais i in., 2016; Bernau, 2022). Czynnikiem wzmacniającym zaburzenia współistniejące są – w odczuciu badanych – normy społeczne, które nie uwzględniają ADHD w dorosłości, a zachowania wynikające z tego zaburzenia są postrzegane jako brak dojrzałości, odpowiedzialności i gotowości do zmierzenia się z rzeczywistością i zadaniami wynikającymi z dorosłości.

Rekonstrukcja doświadczeń dorosłych osób z ADHD ukazała różne sposoby doświadczania życia z tym zaburzeniem. Ukazała także ogromne trudności, których doświadczają osoby z ADHD już od dzieciństwa do aktualnie przeżywanej dorosłości. Ta sekwencja wydarzeń przedstawiona w narracjach odsłania i ukazuje złożoność życia, trudności na różnych jego etapach, ale przede wszystkim proces cyklu rozwojowego obarczonego ADHD. Przeprowadzone badania stwarzają możliwość wysunięcia ostrożnych wniosków, które warto zaaplikować na grunt praktyki, celem poprawy jakości życia osób z ADHD:

- Należy usprawnić proces profesjonalnej diagnozy oraz podnieść jakość przygotowania specjalistów do jej przeprowadzenia i zaproponowania leczenia. Wskazana jest diagnoza różnicowa, pozwalająca wyeliminować zaburzenia współistniejące lub takie, których symptomy nakładają się na obraz kliniczny ADHD. Szybka i właściwie postawiona diagnoza pozwoli oswoić się z objawami zaburzenia, zapanować nad nimi, a w konsekwencji umożliwi osobom z ADHD osiągnąć w pełni ich potencjał;
- Należy stworzyć kompleksowy system wsparcia dorosłych osób z ADHD. Właściwe leczenie, odpowiednio dobrana i realizowana terapia będą prowadzić osobę z ADHD do wypracowania strategii radzenia sobie z zachowaniami niepożądanymi i nieakceptowanymi oraz zaakceptować siebie. Prowadzić to będzie do poprawy w codziennym funkcjonowaniu i podniesie jakość życia;

– Należy dokonać zmiany myślenia i sposobu narracji na temat dorosłych osób z ADHD. Wskazana jest więc edukacja społeczna w zakresie tego zaburzenia, koncentrująca się na człowieku, a nie objawach z niego wynikających. Zmniejszy to ryzyko procesu stygmatyzacji i utrwalonych uprzedzeń na temat ADHD i osób nim dotkniętych.

Ograniczeniem przeprowadzonych badań jest brak pogłębionej eksploracji doświadczeń badanych z okresu dzieciństwa w sposób systematyczny. Choć wątki te pojawiały się w narracjach, nie stanowiły one odrębnego przedmiotu analizy. W przyszłych badaniach zasadne byłoby uwzględnienie tej perspektywy w sposób bardziej pogłębiony, co pozwoliłoby lepiej zrozumieć ciągłość doświadczeń osób z ADHD w cyklu życia.

BIBLIOGRAFIA

Able, S. L., Haynes, V., Vietri, J., Kopenhafer, L., Upadhyaya, H., Deberdt, W. (2013). ADHD among adults in Europe and the United States: socio-demographics, comorbidities, health care resource use and work productivity. *Value Health, 16*(3), A65. https://doi.org/10.1016/j.jval.2013.03.1600.

Adler, L., Cohen, J. (2004). Diagnosis and evaluation of adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychiatric Clin North America, 27*(2), 187–201. https://doi.org/10.1016/j.psc.2003.12.003

Agnew-Blais, J. C., Polanczyk, G. V., Danese, A., Wertz, J., Moffitt, T. E., Arseneault, L. (2016). Evaluation of the persistence, remission, and emergence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in young adulthood. *JAMA Psychiatry, 73*, 713–720. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0465.

Asherson, P., Manor, I., Huss, M. (2014). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in adults: Update on clinical presentation and care. *Neuropsychiatry, 4*, 109–128. https://doi.org/10.2217/npy.14.16.

Barkley, R. A. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A handbook for diagnosis and treatment.* Guilford Press.

Ben-Naim, S., Marom, I., Krashin, M., Gifter, B., Arad, K. (2017). Life with a partner with ADHD: The moderating role of intimacy. *Journal of Child and Family Studies, 26*(5), 1365–1373. https://doi.org/10.1007/s10826-016-0653-9.

Bernau, S. (2022). *ADHD u dorosłych. Jak ułatwić sobie życie i uspokoić myśli.* Wydawnictwo WAM.

Bodalski, E. A., Knouse, L. E., Kovalev, D. (2019). Adult ADHD, emotion dysregulation, and functional outcomes: Examining the role of emotion regulation strategies. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 41*(1), 81–92. https://doi.org/10.1007/s10862-018-9695-1

Eakin, L., Minde, K., Hechtman, L., Ochs, E., Krane, E., Bouffard, R., Looper, K. (2004). The marital and family function of adults with ADHD and their spouses. *Journal of Attention Disorders*, *8*, 1–10. https://doi.org/10.1177/108705470400800101

Erikson, E. H., Erikson, J. M. (2011). *Dopełniony cykl życia*. Sensus.

Faraone, S. V., Larsson, H. (2019). Genetics of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Molecular Psychiatry*, *24*, 562–575. https://doi.org/10.1038/s41380-018-0070-0.

Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, C., Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: Is it an American condition? *World Psychiatry*, *2*(2), 104–113.

Galéra, C., Côté, S. M., Bouvard, M. P. et al. (2011). Early risk factors for hyperactivity-impulsivity and inattention trajectories from age 17 months to 8 years. *Arch Gen Psychiatry*, *68*, 1267–1275. https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.138.

Gallo, E. F., Posner, J. (2016). Moving toward causality in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Overview of neural and genetic mechanisms. *Lancet Psychiatry*, *3*, 555–567. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00096-1.

Goodman, D. W. (2007). The consequences of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in adults. *Journal of Psychiatric Practice*, *13*(5), 318–327. https://doi.org/10.1097/01.pra.0000290670.87236.18.

Goodman, D. W. (2010). ADHD u dorosłych: aktualizacja dla klinicystów dotycząca rozpoznania i oceny. *Psychiatria po Dyplomie*, *2*, 71–82.

Goodman, D. W., Mitchell, S., Rhodewalt, L., Surman, C. B. H. (2016). Clinical presentation, diagnosis and treatment of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in older adults: a review of the evidence and its implications for clinical care. *Drugs Aging*, *33*, 27–36. https://doi.org/10.1007/s40266-015-0327-0.

Hallowell, E. M., Ratey, J. J. (2004). *W świecie ADHD. Nadpobudliwość psychoruchowa z zaburzeniami uwagi u dzieci i dorosłych*. Media Rodzina.

Hirsch, O., Chavanon, M., Riechmann, E., Christiansen, H. (2018). Emotional dysregulation is a primary symptom in adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Journal of Affective Disorders*, 232, 41–47. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.007.

Kawatkar, A. A., Knight, T. K., Moss, R. A., Sikirica, V., Chu, L., Hodgkins, P., Erder, M. H., Nichol, M. B. (2014). Impact of mental health comorbidities on health care utilization and expenditure in a large US managed care adult population with ADHD. *Value Health*, *17*, 661–668. https://doi.org/10.1016/j.jval.2014.06.002.

Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., Howes, M. J., Jin, R., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. B. (2005). The World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS): A short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, *35*(2), 245–256. https://doi.org/10.1017/s0033291704002892

Knouse, L. E., Zvorsky, I., Safren, S. A. (2013). Depression in adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): The mediating role of cognitive-behavioral factors. *Cognitive Therapy and Research, 37*, 1220–1232. https://doi.org/10.1007/s10608-013-9569-5

Kupnicka, Z., Poraj, G., Kaźmierski, J. (2017). ADHD u osób dorosłych – rozpoznawanie, przyczyny i skutki. *Psychiatria Psychologii Klinicznej*, *17*(3), 195–202. https://doi.org/10.15557/PiPK.2017.0023

Matte, B., Rohde, L. A., Grevet, E. H. (2012). ADHD in adults: A concept in evolution, ADHD Atten Def *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders, 4,* 53–62. https://doi.org/10.1007/s12402-012-0077-3

Mazzone, L., Postorino, V., Reale, L., Guarnera, M., Mannino, V., Armando, M., Fatta, L. De Peppo, L., Vicari, S. (2013). Self-esteem evaluation in children and adolescents suffering from ADHD. *Clinical Practice* and *Epidemiology* in *Mental Health*, *9*, 96–102. https://doi.org/10.2174/1745017901309010096

Mick, E., Faraone, S. V., Biederman, J., Spencer, T. J. (2005). Przebieg i zejście zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi. *Psychiatria po Dyplomie, 1*, 21–27.

Palka, S. (2006). *Metodologia, badania, praktyka pedagogiczna.* GWP.

Pink, R., Emery, R. (2023). *Brudne pranie. ADHD u dorosłych i jak sobie z nim radzić*. Insignis Media.

Pisula, E., Płatos, M., Banasiak, A., Danielewicz, D., Gosztyła, T., Podgórska-Jachnik, D., Pyszkowska, A., Rumińska, A., Winczura, B. (2024). *Neuroróżnorodność na polskich uczelniach. Doświadczenia osób studiujących: w spektrum autyzmu, z ADHD i z dysleksją*. Oficyna Wydawnicza Impuls. https://doi.org/10.62634/9788382943139

Podgórska-Jachnik, D. (2019), Psychospołeczne konteksty ADHD. W: K. Sipowicz, A. Witusik, T. Pietras (red.), *ADHD. Wybrane zagadnienia diagnozy i terapii*, (167–180). Wyd. Continuo.

Robertson, A. (2023). *Miłość z ADHD. Jak dbać o relacje z osobami neuroróżnorodnymi*. Wydawnictwo WAM.

Schütze, F. (2012). Analiza biograficzna ugruntowana empirycznie w autobiograficznym wywiadzie narracyjnym. Jak analizować autobiograficzne wywiady narracyjne. W: K. Kaźmierska (red.), *Metoda biograficzna w socjologii* (141–278). NOMOS.

Szaniawska, M. (2010). Trudna diagnoza – dylematy rzetelnej oceny ADHD u dorosłych pacjentów. Część I. Obraz kliniczny, trudności diagnostyczne, leczenie. *Psychiatria Psychologii Klinicznej*, *10*(3), 205–210.

Torgersen, T., Gjervan, B., Lensing, M. B., Rasmussen, K. (2016). Optimal management of ADHD in older adults. *Neuropsychiatric Disease* and *Treatment*, *12*, 79–87. https://doi.org/10.2147/NDT.S59271

Turgay, A., Goodman, D. W., Asherson, P., Lasser, R. A., Babcock, T. F., Pucci, M. L., Barkley, R. (2012). Lifespan persistence of ADHD: The life transition model and its application. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 73(2), 192–201. https://doi.org/10.4088/JCP.10m06628

Weiss, M., Hechtman, L. T., Weiss, G. (1999). *ADHD in adulthood: A guide to current theory, diagnosis, and treatment.* Johns Hopkins University Press.

Wolańczyk, T. (2005). Komentarz. *Psychiatria po Dyplomie, 1*, 33–34.

Wolańczyk, T. Kołakowski, A. Skotnicka, M. (1999). *Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci. Prawie wszystko, co chcielibyście wiedzieć*. BiFolium.

Young, Z., Moghaddam, N., Tickle, A. (2016). The efficacy of cognitive behavioral therapy for adults with ADHD: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Attention Disorders, 24*(6), 875–888. https://doi.org/10.1177/1087054716664413