

MAGDA BŁACHNO

Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego Akademii Medycznej w Warszawie

Nadpobudliwość psychoruchowa jako czynnik ryzyka krzywdzenia dziecka

Przemoc fizyczna wobec dzieci z nadpobudliwością psychoruchową jest zjawiskiem częstym. Mechanizm jej stosowania jest złożony. Dzieci z tym zaburzeniem wyjątkowo często doświadczają przemocy, która pełni rolę karania za objawy. Czynnikiem nasilającym agresję wobec dziecka jest charakter i forma przebiegu zaburzenia, a także uciążliwość, jakiej doświadczają rodzice z powodu zaburzonego funkcjonowania dziecka.

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder* – ADHD) jest zaburzeniem, które w literaturze poświęconej zjawisku krzywdzenia dziecka często jest wymieniane jako czynnik ryzyka krzywdzenia (Goodman, Scott 2000). Pomimo zainteresowania, jakie budzi rola dziecka w mechanizmie jego maltretowania, nadal mało badań poświęconych zostało wyjaśnieniu wpływu konkretnych cech i zachowań dziecka na rodzaj i częstość stosowanej wobec niego przemocy. Badania dotyczące krzywdzenia dzieci z ADHD dotyczą najczęściej porównania częstości stosowanych kar cielesnych wobec dzieci z rozpoznaniem ADHD i bez takiego rozpoznania. Uzyskane wyniki jednoznacznie świadczą, że częstość stosowania kar w przypadku dzieci nadpobudliwych jest zdecydowanie większa niż w populacji ogólnej (Heffron i in. 1987).

Badania, podejmujące omawiany problem w kontekście funkcjonowania rodziny, wskazują na zasadnicze różnice w metodach wychowawczych i sposobach radzenia sobie w sytuacjach problemowych rodziców dzieci nadpobudliwych w porównaniu z populacją ogólną. Rodziców dzieci nadpobudliwych charakteryzuje gorsze radzenie sobie, stosowanie agresywnych metod wychowawczych i wprowadzanie ostrej dyscypliny (Woodward i in. 1998). Wspomniane badania podejmują problem bez wyjaśnienia przyczyn tego zjawiska, a w sytuacji szukania rozwiązań mających przeciwdziałać przemocy zrozumienie mechanizmu, w jakim to krzywdzenie się odbywa, wydaje się podstawowym krokiem.

W celu wyjaśnienia przyczyn krzywdzenia ważne jest zrozumienie, w jaki sposób funkcjonują dzieci z nadpobudliwością, które objawy i cechy samego zaburzenia są

najbardziej uciążliwe oraz jakie tego konsekwencje w kontekście funkcjonowania dziecka ponoszą rodzice.

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej jest jedną z najczęstszych neurologicznych i psychiatrycznych przypadłości u dzieci. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że omawiany problem dotyczy od 1% do 20% populacji dziecięcej, ponieważ w zależności od użytych kryteriów diagnostycznych przyjmuje się taką częstość zespołu (m.in.: Bhatia i in. 1991; Biederman, Steingard 1989; Taylor i in. 1996; Cohen i in. 1993).

W klasyfikacji DSM-IV częstość występowania zaburzenia określona jest na 3%–5% (*Diagnostic...1994*). Według klasyfikacji DSM-IV zaburzenie to objawia się trwałymi wzorcami zachowania układającymi się w charakterystyczną triadę objawów:

- problemy z utrzymaniem uwagi,
- problemy z kontrolą impulsywności,
- nadmierna ruchliwość.

O zespole tym możemy mówić wtedy, gdy objawy utrzymują się przynajmniej przez 6 miesięcy oraz stają się źródłem niepowodzeń w domu, w szkole, niekorzystnie wpływają na naukę, rozwój dziecka i życie rodzinne. Innymi słowy, gdy przeszkadzają dziecku oraz jego otoczeniu w codziennym życiu (*Diagnostic... 1994*).

Klasyfikacja DSM-IV (podobnie jak europejska ICD-10) opisują szczegółowo szereg zachowań i cech dziecka wymaganych do rozpoznania poszczególnych objawów tego zaburzenia. Przykładowo w tabeli 1 wymienione zostały kryteria ADHD według DSM-IV.

Tabela 1. Kryteria ADHD według DSM-IV

Zaburzenia koncentracji uwagi
1. Dziecko nie jest w stanie skoncentrować się na szczegółach podczas zajęć szkolnych, pracy lub w czasie wykonywania innych czynności. Popelnia błędy wynikające z niedbałości.
2. Dziecko ma trudności z utrzymaniem uwagi na zadaniach i grach.
3. Często wydaje się, że dziecko nie słucha tego, co się do niego mówi.
4. Dziecko nie stosuje się do podawanych kolejno instrukcji i ma kłopoty z dokończeniem zadań szkolnych i wypełnianiem codziennych obowiązków, jednak nie z powodu przeciwstawiania się lub niezrozumienia instrukcji.
5. Dziecko często ma trudności z zorganizowaniem sobie pracy lub innych zajęć.
6. Dziecko nie lubi, ociąga się lub unika zajęć wymagających dłuższego wysiłku umysłowego, jak nauka szkolna lub odrabianie zajęć domowych.
7. Dziecko często gubi rzeczy niezbędne do pracy lub innych zajęć np.: zabawki, przybory szkolne, ołówki, książki, narzędzia.
8. Dziecko łatwo rozprasza się pod wpływem zewnętrznych bodźców.
9. Dziecko często zapomina o różnych codziennych sprawach.
Nadruchliwość
1. Dziecko ma często nerwowe ruchy rąk lub stóp, bądź nie jest w stanie usiedzieć w miejscu.
2. Dziecko wstaje z miejsca w czasie lekcji lub w innych sytuacjach wymagających spokojnego siedzenia.
3. Dziecko chodzi po pomieszczeniu lub wspina się na meble w sytuacjach, gdy jest to zachowanie niewłaściwe.
4. Dziecko często ma trudności ze spokojnym bawieniem się lub odpoczywaniem.
5. Dziecko często jest w ruchu; „biega jak nakręcone”.
6. Dziecko często jest nadmiernie gadatliwe.
Impulsywność
1. Dziecko wyrywa się z odpowiedzią zanim zostanie sformułowane pytanie.
2. Dziecko często ma kłopoty z zaczekaniem na swoją kolej.
3. Dziecko często przerywa lub przeszkadza innym (np. wtrąca się do rozmowy lub zabawy).

Dzieci z ADHD są niespokojne, mają trudności z pozostaniem na miejscu w klasie, łatwo rozpraszają się, nie potrafią zaczekać na swoją kolej, dużą trudność sprawia im zastosowanie się do kolejnych instrukcji. Często przerzucają się z jednej, niezakończonych działalności do drugiej, są nadmiernie gadatliwe, przeszkadzają innym, wydaje się, że nie słuchają tego, co się do nich mówi. Angażują się w niebezpieczne działania, nie uwzględniając możliwych ich konsekwencji (Dalton i in. 1996).

Do innych stałych cech zespołu nadpobudliwości, nie zaliczanych oficjalnie do kryteriów diagnostycznych ICD-10 i DSM-IV, ponieważ wynikają z kompilacji zaburzeń koncentracji uwagi, nadruchliwości i nadmiernej impulsywności, należą: gorsza od rówieśników umiejętność przestrzegania i rozumienia norm społecznych, ciągle „badanie” granic i trwałości norm czy zakazów (Wolańczyk i in. 1999).

U dzieci z ADHD w momencie nie radzenia sobie z sytuacją społeczną (wymaganiami stawianymi przez otoczenie) często mamy do czynienia z agresją impulsywną (np. pod postacią wybuchów złości czy przeciwstawiania się). Takie zachowania mogą wiązać się z niedojrzałością społeczną, nieumiejętnością powstrzymania się od zachowań impulsyw-

nych, problemami w nawiązaniu kontaktów z rówieśnikami, czy wreszcie z wchodzeniem przez dziecko w rolę „łobuziaka, trudnego dziecka” (Dodge 1986 za Otnow 1996).

Dla pełniejszego zrozumienia sposobu funkcjonowania dzieci z ADHD warto przyjrzeć się teorii Barkleya, która stara się wyjaśnić, w jaki sposób obserwowane u dzieci z ADHD defekty genetyczne oraz zmiany strukturalne mózgu prowadzą do objawów charakterystycznych dla tego zespołu. Obecnie uważa się, że przyczyną ADHD są problemy w zakresie hamowania własnych zachowań, związane z odmiennym dojrzewaniem pewnych struktur mózgowych, spowodowane czynnikami dziedzicznymi (Barkley 1998; Taylor i in. 1996).

Zmiany genetyczne, a więc i strukturalne mózgu, mogą utrudniać zdolność hamowania zachowań oraz odraczania pierwotnej reakcji motorycznej (i emocjonalnej), czyli samokontrolę, niezbędną do wykonania każdego zadania. Według Barkleya u dzieci z ADHD można zaobserwować szereg dysfunkcji będących wynikiem zakłóceń pracy mózgu, a których konsekwencje zaburzają funkcjonowanie dziecka w wielu dziedzinach i sferach jego życia. Model psychologiczny ADHD według Barkleya przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Model psychologiczny ADHD według Barkleya

Utrata zdolności hamowania zachowania i samokontroli prowadzi do następujących zakłóceń w pracy mózgu:	
Rodzaj dysfunkcji	Konsekwencje
Pamięć operacyjna niewerbalna	Gorsze poczucie upływu czasu Niepamięć wydarzeń Niezdolność do refleksji nad zdarzeniami Niezdolność do wybiegania myślami naprzód (przewidywania)
Internalizacja monologów	Niezdolność do przestrzegania ustalonych zasad Upośledzenie zdolności instruowania samego siebie i zadawania sobie pytań
Autoregulacja nastroju, motywacji i poziomu pobudzenia	Okazywanie emocji: brak zdolności ich ukrywania Upośledzenie autoregulacji popędów i motywacji
Rekonstruowanie*	Upośledzenie zdolności analizowania zachowań i tworzenia nowych Niezdolność do rozwiązywania problemów

* Rekonstruowanie – umiejętność rozkładania zaobserwowanych zachowań na czynniki i tworzenie z nich nowych kombinacji składających się na nowe zachowania, które skuteczniej przyczyniają się do osiągnięcia obranego celu.

Zródło: Barkley (1998).

Objawy nadpobudliwości są odbierane przez otoczenie jako wyjątkowo uciążliwe, a dzieci i rodzice ponoszą na co dzień wiele negatywnych ich konsekwencji. W literaturze przedmiotu wiele uwagi poświęca się na omówienie zaburzenia w kontekście funkcjonowania dziecka, pomijając trudności, jakie napotyka rodzic. W praktyce dla rodzica/opiekuna nadpobudliwość psychoruchowa dziecka często oznacza m.in.:

- wielogodzinne odrabianie z dzieckiem lekcji, często konieczność ciągłej obecności przy dziecku, kontrolowanie jego uwagi, planowanie jego aktywności, przeciwdziałanie silnemu oporowi dziecka przed podejmowaniem wysiłku umysłowego, szukanie pomocy w problemach szkolnych dziecka (np. korepetycje);

- ciągle powtarzanie poleceń, uwag i próśb, pilnowanie dziecka w codziennych obowiązkach, kontrolowanie i planowanie jego aktywności;

- ciąglą i stałą kontrolę dziecka, głównie w celu uniknięcia wypadków;

- radzenie sobie z częstymi i niekontrolowanymi wybuchami negatywnych emocji dziecka, konfrontowanie się z impulsywną agresją i silnym przeciwstawianiem się dziecka w wielu codziennych sytuacjach;

- ponoszenie strat finansowych związanych z koniecznością zakupu zagubionych rzeczy;

- częste słuchanie oskarżeń, zażaleń i uwag dotyczących własnych dzieci, m.in. ze strony szkoły, interwencyjne wezwania do szkoły, konieczność zmiany szkoły, konfrontowanie się z rodzicami pozostałych dzieci;

- znoszenie głośnego sposobu bycia dziecka, jego „gadulstwa”, wtrącania się do rozmów, głośnych zbaw, ciągłej, bezcelowej aktywności ruchowej;

- znoszenie ciągłych prowokacji dziecka, jego prób sprawdzania granicy i łamania zasad;

- konieczność częstego reagowania na łamanie przez dziecko zasad, szczególnie trudne, gdy zdarza się to w miejscu pu-

blicznym (np. sklep, kościół, komunikacja miejska);

- podważanie przez otoczenie (rodzinę, przyjaciół, nauczycieli) umiejętności rodzicielskich i wychowawczych;

- ograniczenie możliwości odpoczynku, ograniczenie wolnego czasu, mniejsze uczestnictwo w aktywnościach czasu wolnego ze względu na lęk przed możliwymi niepożądanymi zachowaniami dziecka.

Rodzic dziecka nadpobudliwego musi być zaangażowany w wiele sytuacji wymagających ogromnego wysiłku psychicznego i emocjonalnego. Narażony jest także na przewlekły stres i konieczność ciągłej mobilizacji i aktywności. Zazwyczaj praca z dzieckiem nadpobudliwym wymaga zaangażowania rodzica przez cały wspólnie spędzany czas. Każda sytuacja, każdy dzień niesie za sobą konieczność radzenia sobie z objawami. Należy pamiętać, że z dziećmi z tym zaburzeniem nie da się pracować „na zapas” i dlatego każdy dzień polega na przepracowywaniu od nowa tych samych sytuacji.

Kolejnym czynnikiem obciążającym rodzica jest fakt wieloletniego utrzymywania się objawów. W części przypadków objawy ADHD utrzymują się u około 70% pacjentów w okresie dorastania (Hechtman 1989) i 30%-50% w wieku dorosłym (Biederman, Steingard 1989).

Większość rodziców poczynszy od chwili narodzin dziecka zmagają się więc z objawami zaburzenia. Dzieci nadpobudliwe już w okresie noworodkowym i niemowlęcym wykazują szereg uciążliwych dla rodziców cech. Często są płaczące, mają małą potrzebę snu, przejawiają wzmożoną ruchliwość. W okresie przedszkolnym dochodzi dodatkowo do przeciwstawiania się zakazom, łamanie zasad i konfliktów z rówieśnikami.

Pierwsze lata szkoły związane z większymi wymaganiami wobec dziecka często przebiegają bardzo burzliwie. Uwydatniają się już często masywne zaburzenia koncentracji uwagi, nasilające problemy zarówno

w domu, jak i szkole. Dziecko usilnie unika obowiązków szkolnych, nawarstwiają się zaległości szkolne, dochodzą konflikty z nauczycielami, czasami dochodzi do konieczności zmiany szkoły. Objawy w większości przypadków utrzymują się do okresu dojrzewania. Istnieje wtedy duże prawdopodobieństwo nasilenia się problemów, związanych głównie z okresem dorastania oraz pojawieniem się dodatkowych powikłań i zaburzeń.

Wiele danych wskazuje na to, że u dzieci z ADHD występuje zwiększone ryzyko pojawienia się innych zaburzeń psychicznych w dzieciństwie, okresie dojrzewania i w dorosłym życiu, wśród których należy wymienić: zachowania antyspołeczne, uzależnienie od alkoholu i narkotyków, depresję, większe ryzyko popełnienia samobójstwa (Biederman, Steingard 1989).

Innym powikłaniem obciążającym dziecko i jego otoczenie jest współwystępowanie zaburzeń zachowania oceniane, w zależności od rodzaju badania, na 30%–80% (Carlson i Rapport 1989; Biederman i in. 1991; Anderson i in. 1987). Zaburzenia te dodatkowo wpływają na zaostrzenie się objawów i wzrost zachowań problemowych oraz wpływają na znaczne osłabienie wpływu i skuteczności łagodnych oddziaływań wychowawczych.

Sytuacja taka wymaga od rodzica zaostrożenia stosowanych metod wychowawczych, a dokładnie wprowadzenia – oprócz łagodniejszych metod – sztywnego systemu zasad i konsekwencji. Taka postawa rodzica wobec dziecka w pierwszym okresie powoduje nasilenie się zachowań niepożądanых. Trudność tej sytuacji polega głównie na tym, że wymaga od rodzica bardzo konsekwentnego postępowania, ponieważ każde odstępstwo powoduje nasilenie problemów.

Spośród trzech grup objawów ADHD za najczęściej prowokujący do wymierzania kar cielesnych uważana jest impulsywność, a najrzadziej zaburzenia koncentracji uwagi. Jednak badania rodziców dzieci

z ADHD pokazały, że za objaw najmniej prowokujący do stosowania kar fizycznych uznają oni nadruchliwość (Błachno 2005). Uwagę zwraca fakt, że częstość stosowania kar cielesnych we wszystkich grupach objawów wzrasta, gdy dodatkowo objawy współwystępują ze sobą.

Inne badania wskazują, że dzieci z podtypem mieszanym, jak i te wyłącznie z nadruchliwością i impulsywnością, są bite zdecydowanie częściej w porównaniu z grupą kontrolną, a w podgrupach wyodrębnionych ze względu na podtyp kliniczny nie ma widocznych różnic (Heffron i in. 1987). Czy uciążliwość objawów i związane z nimi konsekwencje dla rodzica tłumaczą w pełni fakt, że 95% rodziców dzieci z ADHD przyznaje się do stosowania kar fizycznych? (Błachno 2005). Najprawdopodobniej muszą wystąpić również inne czynniki wywołujące mechanizm karania.

Przemoc fizyczna wobec dzieci, która przybiera formę karania za objawy, dotyczy głównie rodziców nieznających specyfiki zaburzenia.

Po pierwsze, dzieje się tak dlatego, że rodzic nie może usprawiedliwić dziecka niepełnosprawnością, nie widzi u dziecka uszkodzeń, ale konfrontuje się wyłącznie z jego trudnym zachowaniem. Dzieci ułomne, kalekie, upośledzone również stanowią grupę ryzyka stosowania przemocy (Goodman, Scott 2000), ale w ich przypadku rodzic najprawdopodobniej łatwiej i częściej potrafi tłumaczyć problemowe zachowanie dziecka jako objawy.

Po drugie, charakterystyczna dla nadpobudliwości jest zmienność nasilenia objawów (Wolańczyk 1999). Zmienność ta ma sekwencje: okres szkolny i wakacje, dni szkoły i weekend, ale widoczna jest też z dnia na dzień, a nawet w ciągu dnia. Rodzic nieznający tej cechy zaburzenia najczęściej przypisuje zmienność złej woli dziecka. Złe zachowanie wynikające z nasilenia objawów jest interpretowane jako celowe i zamierzone działanie dziecka, które powinno podlegać karze.

Dziecko w różnych sytuacjach potrafi w większym lub mniejszym stopniu zapamiętać nad objawami, a różnice te wynikają przede wszystkim z funkcjonowania jego środowiska. Dla większości rodziców objawy nadpobudliwości są bardzo trudne do zaakceptowania. Tolerancja cech nadpobudliwości przez osoby z otoczenia zależy głównie od cech temperamentalnych, progu pobudzenia. Dla rodziców spokojnych zachowanie dziecka nadpobudliwego może stanowić ogromne wyzwanie, a akceptacja tych zachowań jest często niemożliwa do osiągnięcia. Irytujący dla tych rodziców może być każdy objaw, a jest to szczególnie dużym problemem w przypadku rodzin adopcyjnych dzieci z ADHD.

Innym czynnikiem mogącym nasilać przemoc jest impulsywność samych rodziców. Objawy ADHD utrzymują się u 30%-50% pacjentów w wieku dorosłym (Biederman, Steingard 1989). Istnieje zatem bardzo duże prawdopodobieństwo, że dziecko nadpobudliwe wychowywane jest przez rodziców bądź z pełnoobjawowym zespołem, bądź z cechami nadpobudliwości.

Należy również zaznaczyć, że nadpobudliwość zwiększa ryzyko wystąpienia utrzymujących się przez całe życie powikłań, takich jak zaburzenia zachowania, osobowość antyspołeczna, depresja, uzależnienie od narkotyków i alkoholu, zaburzenia lękowe. Można więc spodziewać się, iż u tych rodziców częściej występować będzie nie tylko sam zespół nadpobudliwości, ale także inne zaburzenie psychiatryczne (Biederman, Steingard 1989). Rodzice nadpobudliwi zatem, albo nie będą zauważali trudnych zachowań dziecka, oceniając je subiektywnie jako mało przeszkadzające (na zasadzie „on jest taki, jak ja/my”), albo przeciwnie – mogą zdecydowanie częściej reagować impulsywnie na zachowania dziecka. Wśród rodziców z objawami nadpobudliwości widoczna jest różnica w częstotliwości i ilości stosowanych kar cielesnych. Jak wskazują badania, rodzice ci stosują

częściej ostrzejsze formy przemocy i większą ilość sposobów i metod karania (Błachno 2005).

Opisane objawy i trudności, jakie sprawiają, mają wiele negatywnych konsekwencji dla rodzica. Rodziców dzieci nadpobudliwych w porównaniu z rodzicami dzieci bez ADHD charakteryzuje wyższy poziom stresu, samoobwinianie się, społeczne odosobnienie, depresyjność oraz niższy poziom samooceny kompetencji rodzicielskich (Mash, Johnston 1983). Osamotnienie opiekuna, zmęczenie i związana z nim drażliwość czy niedawna kłótnia z dzieckiem stanowią dodatkowe czynniki wyzwalające agresję.

Rodzic, który nie otrzymał wsparcia ani pomocy, często za jedyny skuteczny sposób radzenia sobie z objawami uważa stosowanie kar fizycznych. Rodzice często nie znają lub nie potrafią zastosować innych skutecznych metod pracy z dzieckiem. Proponowane przez specjalistów metody pracy z dzieckiem nadpobudliwym mogą się też okazać dla tych rodziców zbyt angażujące oraz zbyt mało efektywne.

Kara fizyczna z pozoru wydaje się bardzo skutecznym sposobem oddziaływania na dziecko, ale konsekwencją jej stosowania jest najczęściej uruchomienie mechanizmu błędnego koła – nasilanie się objawów i zagrożenie dziecka kolejnymi powikłaniami, jak niska samoocena, depresja czy zaburzenia zachowania powodujące nasilanie się przemocy i zaostrzenie metod karania.

Dodatkowym czynnikiem podtrzymującym ten mechanizm jest częste społeczne przyzwolenie na tego typu praktyki. W trudnych sytuacjach od rodzica wymagana jest szybka reakcja, zwłaszcza w miejscach publicznych. Może ona przybrać formę albo ulegania dziecku, albo interwencji fizycznej.

Przewlekłość objawów, konieczność wieloletniej pracy z dzieckiem, często bez większych sukcesów albo z sukcesami nie dostrzeganymi przez otoczenie, nawet dla wyrozumiałego, „wyedukowanego” ro-

dzica, stanowi ogromne wyzwanie. Bardzo szybko pojawia się poczucie bezradności, bezsilność, brak cierpliwości sprzyjające przemocy.

Na problem krzywdzenia dzieci z nadpobudliwością należy spojrzeć wielowymiarowo. Jest to jedno z niewielu zaburzeń, gdzie dziecko jest karane za objawy. Przyczyn sto-

sowania przemocy wobec tych dzieci należy jednak szukać nie tylko w trudnych zachowaniach wynikających z objawów nadpobudliwości. Warunkują one także charakter i cechy samego zaburzenia, tj. okres trwania, zmienność objawów, ale również w szeroko rozumiane konsekwencje dla rodzica/opiekuna dziecka wyzwalające agresję.

Physical violence against children with ADHD is a common phenomenon with a very complex underlying mechanism. Children suffering from this syndrome are especially likely to experience violence, which is usually used as punishment for symptoms. Factors aggravating aggressive behavior toward such children include the nature and course of the disorder, as well as the difficulties experienced by the parents due to their child's disturbed functioning.

Literatura

- Anderson J.C., Williams S., McGee R., Silva P.A. (1987), *DSM-III Disorders in Preadolescent Children. Prevalence in a Large Sample From the General Population*, „Archives of General Psychiatry”, vol. 44, s. 69–76.
- Barkley R.A. (1998), *Dzieci nadpobudliwe i roztargnione*, „Świat Nauki” nr 11(87), s. 50–55.
- Bhatia M.S., Nigam V.R., Bohra N., Malik S.C. (1991), *Attention Deficit Disorder With Hyperactivity Among Pediatric Outpatients*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry”, vol. 32(2), s. 297–306.
- Biederman J., Newcorn J., Sprich S. (1991), *Comorbidity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder With Conduct, Depressive, Anxiety, and Other Disorders*, „American Journal of Psychiatry”, vol. 148(5), s. 564–577.
- Biederman J., Steingard R. (1989), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Adolescent*, „Psychiatric Annals”, vol. 19(11), s. 587–596.
- Błachno M. (2005), *Krzywdzenie fizyczne przez rodziców dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej*, „Psychiatria Polska”, w druku.
- Carlson G.A., Rapport M.D. (1989), *Diagnostic Classification Issues in Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, „Psychiatric Annals”, vol. 19(11), s. 576–583.
- Cohen P., Cohen J., Brook J. (1993), *An Epidemiological Study of Disorders in Late Childhood and Adolescence – II. Persistence of Disorders*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry”, vol. 34(6), s. 869–877.
- Dalton R.F., Forman M.A., Muller B.A. (1996), *Psychospołeczne obszary pediatrii*, w: Behrman R.E., *Podręcznik pediatrii Nelsona*, PWN, Warszawa.
- Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders. Fourth Edition (DSM-IV)* (1994), American Psychiatric Association, Washington, s. 78–85.
- Goodman R., Scott S. (2000), *Maltretowanie dzieci*, wyd. I polskie pod red. J. Rabe-Jabłońskiej, Wydawnictwo Medyczne Urban&Partner, Wrocław, s. 174–193.
- Hechtman L. (1989), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adolescence and Adulthood: An Updated follow-up*, „Psychiatric Annals”, vol. 19(11), s. 597–603.
- Heffron W.M., Martin C.A., Welsh R.J., Perry P., Moore C.K. (1987), *Hyperactivity and child abuse*, *Canadian Journal of Psychiatry*”, vol. 32(5), s. 384–386.

- Mash E., Johnston Ch. (1983), *Parental perceptions of child behavior problems, parenting self-esteem, and mother's reported stress in younger and older hiperactive and normal children*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, vol. 51(1), s. 86–99.
- Otnow Lewis D. (1996), *Conduct Disorders*, w: *Child and Adolescent Psychiatry*, Wiliams and Willkins, Baltimore, s. 564–576.
- Taylor E., Chadwick O., Heptinstall E., Danckaerts M. (1996), *Hyperactivity and Conduct Problems as Risk Factors for Adolescent Development*, „Journal the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry”, vol. 35(9), s. 1213–1226.
- Wolańczyk T., Kołakowski A., Skotnicka M. (1999), *Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci*, Wydawnictwo BiFolium, Lublin.
- Woodward I., Taylor E., Dowdney I. (1998), *The parenting and family functioning of children with hiperactivity*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry”, vol. 39(2), s. 161–169.