



Złożenie pracy online:
2025-02-27 18:20:15
Kod pracy:
19074/46536/CloudA

Marta Pawlak-Mróż
(nr albumu: 26378)

Praca magisterska

Poziom stresu, style radzenia sobie ze stresem a poziom lęku u osób dorosłych z ADHD. Studium przypadku

Stress levels, stress coping styles and anxiety levels in adults in ADHD. Case study

Wydział: Wyższa Szkoła Biznesu - National-
Louis University

Kierunek: Psychologia

Specjalność: psychologia kliniczna i osobowości

Promotor: dr Adrianna Othmani

Chciałabym serdecznie podziękować wszystkim, którzy przyczynili się do powstania niniejszej pracy magisterskiej. Przede wszystkim kieruję wyrazy głębokiej wdzięczności mojej promotorce, pani Adriannie Othmani, za nieocenione wsparcie, cierpliwość oraz inspirujące wskazówki, które pomogły mi nie tylko w realizacji badań, ale również w rozwoju naukowym i osobistym. Szczególne podziękowania należą się także recenzentom, których konstruktywna krytyka i cenne uwagi znacząco wpłynęły na podniesienie jakości mojej pracy. Serdecznie dziękuję rodzinie i przyjaciołom, którzy przez ostatnie lata dawali mi motywację, wsparcie oraz cierpliwość w chwilach zwątpienia. Nie mogłabym również zapomnieć o kolegach z uczelni – Wasza pomoc i gotowość do udzielenia wsparcia były dla mnie ogromnym wsparciem. Na koniec wyrażam głęboką wdzięczność osobom badanym, które podzieliły się ze mną swoimi historiami, umożliwiając mi zgłębienie tematyki pracy. Dzięki Wam ta podróż naukowa nabrała wyjątkowego wymiaru.



Streszczenie

Zespół Nadpobudliwości Psychoruchowej z Deficytem Uwagi (ADHD) u dorosłych stanowi złożone zaburzenie neurorozwojowe, w którym trudności z organizacją, uwagą i regulacją emocji wpływają na codzienne funkcjonowanie. Praca koncentruje się na analizie wyzwań związanych ze stresem i lękiem w tej grupie, omawiając historyczne i współczesne perspektywy ADHD, kryteria diagnostyczne oraz charakterystyczne objawy u osób dorosłych. Następnie przedstawiono problematykę stresu, jego definicje i różne style radzenia sobie, ze szczególnym uwzględnieniem specyfiki osób z ADHD. W części empirycznej zaprezentowano badanie przeprowadzone w formie studium przypadku, uzupełnione o pomiary kwestionariuszowe (CISS, KPS, STAI) wśród pięciu dorosłych z rozpoznaniem ADHD. Wyniki wskazują na podwyższony poziom stresu i lęku u większości badanych, przy czym najczęściej stosowane strategie radzenia sobie miały charakter emocjonalny i unikowy. Zaobserwowano ponadto, że większe obciążenie stresem koreluje z wyższym poziomem lęku. W podsumowaniu zwrócono uwagę na znaczenie zrozumienia tych zależności dla praktyki terapeutycznej, jak również podkreślono potrzebę dalszych, wieloaspektowych badań nad mechanizmami psychologicznymi leżącymi u podłoża funkcjonowania dorosłych z ADHD.

Słowa kluczowe

ADHD u dorosłych, stres, lęk, strategie radzenia sobie, radzenie sobie emocjonalne, radzenie sobie unikowe, studium przypadku

Abstract

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in adults is a complex neurodevelopmental condition characterized by difficulties with organization, attention, and emotion regulation that affect daily functioning. This thesis focuses on analysing stress- and anxiety-related challenges in this population, discussing historical and current perspectives on ADHD, diagnostic criteria, and characteristic symptoms among adults. The study further examines the concept of stress, its definitions, and various coping styles, with emphasis on the specific traits of people with ADHD. In the empirical section, a case study approach is presented, supplemented by questionnaire measurements (CISS, KPS, STAI) among five adults diagnosed with ADHD. The findings indicate an elevated level of stress and anxiety in most participants, with emotional and avoidant coping strategies being most frequently used. It was also observed that higher stress correlates with a higher level of anxiety. In conclusion, the importance of understanding these interdependencies for therapeutic practice is highlighted, as is the need for further multifaceted research into the psychological mechanisms underlying adult ADHD functioning.

Keywords

adult ADHD, stress, anxiety, coping strategies, emotional coping, avoidant coping, case study



Spis treści

1.	Wstęp	2
2.	Charakterystyka ADHD u dorosłych	4
2.1.	Definicja ADHD – perspektywa historyczna i współczesna	4
2.2.	Objawy i ich specyfika u dorosłych.....	5
2.3.	Główne objawy	8
2.4.	Obraz kliniczny i funkcjonowanie osób z ADHD w ciągu życia	11
2.5.	Diagnostyka	14
2.5.1.	Podstawy ADHD.....	14
2.5.2.	Zaburzenia współwystępujące	18
2.5.3.	ADHD w klasyfikacjach zaburzeń psychicznych.....	20
2.5.4.	Diagnoza ADHD	21
2.5.5.	Testy psychologiczne stosowane w procesie diagnozy dorosłych.....	23
2.5.6.	Terapia ADHD i farmakoterapia	23
3.	Stres i style radzenia sobie ze stresem	25
3.1.	Definicje stresu w psychologii – aspekty biologiczne i psychiczne	25
3.2.	Definicja i klasyfikacje stylów radzenia sobie ze stresem.....	33
3.3.	Rodzaje stresorów i ich znaczenie w kontekście ADHD.....	39
3.4.	Specyfika stylów radzenia sobie ze stresem u osób z ADHD	42
4.	Lęk – teoria i praktyka	44
4.1.	Definicje lęku.....	44
4.2.	Klasyfikacja zaburzeń lękowych	48
4.3.	Mechanizmy powstawania i utrzymywania się lęku	55
4.4.	Lęk w kontekście ADHD – perspektywa kliniczna	56
5.	Związki między ADHD, stresem, lękiem i stylami radzenia sobie	58
5.1.	Teoretyczne podstawy relacji między zmiennymi	58



5.2.	Dotychczasowe badania i ich wyniki.....	58
5.3.	Luki badawcze i potrzeba dalszych analiz.....	61
6.	Metodologia badań.....	63
6.1.	Problem badawczy i hipotezy	63
6.2.	Metody badawcze i narzędzia	64
6.3.	Charakterystyka grupy badanej.....	67
6.4.	Procedura badawcza.....	67
6.5.	Analiza danych.....	68
7.	Wyniki badań własnych	69
7.1.	Wstęp do części badawczej.....	69
7.2.	Studium przypadku – analiza indywidualna uczestników	69
7.2.1.	Opis osób badanych	69
7.2.2.	Analiza wywiadów i obserwacji	72
7.2.3.	Wyniki testów psychologicznych	100
7.3.	Porównanie wyników badanych osób.....	114
7.4.	Odniesienie wyników do hipotez.....	122
8.	Dyskusja wyników.....	128
8.1.	Interpretacja wyników w świetle literatury.....	128
8.2.	Znaczenie wyników dla teorii i praktyki klinicznej.....	131
8.3.	Ograniczenia badania.....	133
8.4.	Rekomendacje.....	135
8.5.	Zakończenie	136
9.	Podsumowanie i wnioski	138
	Bibliografia	140



1. Wstęp

Zespół Nadpobudliwości Psychoruchowej z Deficytem Uwagi (ADHD) jest jednym z najczęściej diagnozowanych zaburzeń neurorozwojowych, dotyczących zarówno dzieci, jak i dorosłych, jednak szacuje się, że tylko 40% dzieci i 10% dorosłych otrzymuje właściwe leczenie. Choć ADHD przez wiele lat było postrzegane jako problem wieku dziecięcego, badania ostatnich dekad pokazują, że objawy utrzymują się w dorosłości nawet u 60% przypadków (Faraone, S. 2006). Dopiero od niedawna zwrócono uwagę na to, że, osoby dorosłe z ADHD często doświadczają trudności w codziennym funkcjonowaniu, co wynika z objawów takich jak deficyt uwagi, impulsywność czy problemy z organizacją (rzadziej z nadruchliwością). Przyczyny tego zaburzenia leżą w czynnikach biologicznych, a wg modelu biochemicznego ADHD źródłem zaburzeń dynamiki procesów mogą być m.in. predyspozycje genetyczne, mutacje genowe, mikrouszkodzenia mózgu (z okresu prenatalnego, perinatalnego i postnatalnego), zakażenia, brak równowagi biochemicznej, dysfunkcje w przepływie informacji między częściami mózgu.

Jednym z kluczowych wyzwań, z jakimi mierzą się osoby z ADHD, to radzenie sobie ze stresem. Są oni często narażeni na wyższy poziom stresu ze względu na trudności w zarządzaniu obowiązkami zawodowymi, relacjami interpersonalnymi czy regulacją emocji. Problemy sprawia im doprowadzenie zadań do końca, organizacja pracy, planowanie czasu oraz mała odporność na stres (Munden, Arcelus, 2006). Specyficzne style radzenia sobie ze stresem, charakterystyczne dla osób z ADHD, mogą wpływać na ich poziom lęku i ogólnego dobrostanu psychicznego, dodatkowo jako dzieci otrzymują wsparcie bliskich, jednak wkraczając w dorosłość zostają najczęściej sami. Badania wskazują, że współwystępowanie lęku z zespołem nadpobudliwości jest częstym zjawiskiem, które dodatkowo komplikuje proces diagnozy i leczenia (Kooij, J. J. S. 2010). Diagnoza bardzo może pomóc w funkcjonowaniu z zaburzeniem, jednak nie tylko terapia i farmakoterapia, a również wyuczenie nowych wzorców radzenia sobie. Brak takowej może wywołać poważne skutki emocjonalne, materialne i społeczne, co dalej prowadzić może nawet do zagrożenia zdrowia i życia chorego. Wyżej wymienione wyzwania, nie są jednymi współwystępującymi zaburzeniami i problemami z jakimi zmagają się ludzie z tej grupy. Innymi mogą być zaburzenia afektywne, uzależnienia od substancji psychoaktywnych, zaburzenia osobowości, zaburzenia antyspołeczne czy zaburzenia depresyjne.



Wybór tematu pracy wynika z potrzeby pogłębienia wiedzy na temat mechanizmów funkcjonowania psychicznego dorosłych z ADHD, w szczególności w kontekście radzenia sobie ze stresem i jego wpływu na poziom lęku. Współczesna literatura naukowa zaczyna coraz częściej podejmować ten temat, jednak jest to nadal stosunkowo rzadko, co czyni temat istotnym z perspektywy badawczej i praktycznej. Zrozumienie zależności między poziomem stresu, strategiami radzenia sobie ze stresem a poziomem lęku, może przyczynić się do opracowania bardziej skutecznych interwencji psychologicznych i terapeutycznych dla tej grupy. Głównym celem pracy jest zbadanie zależności między poziomem stresu, stylami radzenia sobie ze stresem a poziomem lęku u dorosłych z ADHD.



2. Charakterystyka ADHD u dorosłych

2.1. Definicja ADHD – perspektywa historyczna i współczesna

ADHD (ang. Attention Deficit Hyperactivity Disorder, pol. Zespół Nadpobudliwości Psychoruchowej z Deficytem Uwagi) należy do zaburzeń neurorozwojowych, którego objawy kształtowane są przez deficyty neuropsychologiczne w zakresie funkcji wykonawczych i uwagi (Barkley 2010). Symptomy charakteryzujące to zaburzenie są określane w literaturze także jako zespół nadpobudliwości psychoruchowej, zespół minimalnego uszkodzenia mózgu, lekka encefalopatia, wczesnodziecięcy zespół psychoorganiczny (Wolańczyk, Kołakowski, Skotnicka 1999, Kołakowski i in. 2007), zespół hiperkinetyczny, zespół deficytu uwagi z nadruchliwością (Goodman, Scott 2000).

Pierwszy opis ADHD pochodzi z 1902 roku. George Still opisał w swoich wykładach dzieci z „wadami moralnej kontroli”, które wykazywały trudności w kontroli zachowania, mimo braku widocznych uszkodzeń mózgu. W DSM-I (1952) nazwano to zaburzenie „minimalną dysfunkcją mózgu”, wynikającą z infekcji lub urazów. Zaburzenie było utożsamiane z problemami neurologicznymi. W DSM-II (1968) nazywano je „hiperkinetyczną reakcją wieku dziecięcego”, kładąc nacisk na nadmierną aktywność ruchową jako główny objaw. W DSM-III (1980) stało się „deficytem uwagi z nadruchliwością lub bez nadruchliwości”. W kolejnej edycji DSM-IV (1994) zmieniono nazwę na ADHD, podkreślając zarówno deficyt uwagi oraz impulsywność i nadpobudliwość. Wyróżniono wtenczas trzy podtypy: (1) z deficytem uwagi, (2) z nadruchliwością i impulsywnością oraz (3) typ mieszany. W ICD-10 znajduje się pod kodem F90.9 – Jako Zespół hiperkinetyczny. Zaburzenia hiperkinetyczne to grupa zaburzeń charakteryzujących się wczesnym początkiem, brakiem wytrwałości w realizacji zadań wymagających zaangażowania poznawczego, tendencją do przechodzenia od jednej do drugiej aktywności bez ukończenia żadnej z nich oraz zdezorganizowaną, słabo kontrolowaną, nadmierną aktywnością. W ICD-11 (2022) znajduje się pod kodem 6A05.0 – jako ADHD, w DSM-V (2013) znajduje się pod kodem 314.01 (opis pokrywa się z opisem w ICD-11) – jako ADHD, w DC:0-5 znajduje się pod nazwą ADHD (Cierpiałkowska, 2020). Współcześnie ADHD jest rozumiane jako złożone zaburzenie neurorozwojowe, charakteryzujące się trzema głównymi grupami objawów: deficytem uwagi, impulsywnością nadpobudliwością.

Główne różnice między historycznym a współczesnym podejściem, to rozumienie etiologii. Dawniej ADHD utożsamiano z uszkodzeniami mózgu, lub „wadami moralnymi”, obecnie jest udowodnione, że jest to zaburzenie o podłożu genetycznym i neurobiologicznym,



związane z dysfunkcją układów dopaminergicznego i noradrenergicznego w mózgu. Zmienił się również zakres objawów, kiedyś koncentrowano się głównie na nadpobudliwości, współcześnie uwzględnia się różnorodność objawów. Rozwinęła się diagnostyka i leczenie.

Jedynym z często powtarzanych mitów jest, że „z ADHD się wyrasta”, że „nie występuje u dorosłych”. Jednak zarówno wyniki badań oraz doświadczenie pracy z pacjentami wskazuje, że objawy ADHD zwykle utrzymują się w dorosłości, jednak są oni lepiej zaadoptowani i prowadzą życie bardziej dostosowane do specyfiki ADHD.

2.2. Objawy i ich specyfika u dorosłych

Warunkiem rozpoznania zaburzenia u dorosłych jest występowanie objawów w wieku dziecięcym, jednak nie muszą być rozpoznane i zdiagnozowane w dzieciństwie. Kryteria rozpoznania są takie same we wszystkich okresach życia człowieka, choć u ponad połowy osób w dorosłości objawy ulegają ograniczeniu. Inaczej objawia się nadruchliwość – w dorosłości jako niemożność rozluźnienia i gadatliwość (Gałeczki & Szulc, 2020, s. 393). Zauważyć można również skłonność do poszukiwania wrażeń, impulsywnych zachowań oraz skłonność do nadużywania substancji psychoaktywnych.

Najważniejszymi objawami ADHD u dorosłych są:

- Nieuwaga,
- Nadaktywność lub niemożliwość odpoczynku,
- Impulsywność.

Zaburzenie to może być zróżnicowane i nie wszystkie grupy objawów muszą się pojawić, niektóre z nich mogą być niezbyt nasilone, bądź też dominujące (Wolańczyk i in. 1999).

By zdiagnozować ADHD, trzeba wykazać, że:

- Objawy zaczęły się na wczesnym etapie rozwoju dziecka,
- Występowanie objawów wyraźnie odróżnia dziecko od innych dzieci w otoczeniu,
- Jest stosunkowo dominujące lub pojawia się często w różnych sytuacjach, choć niekoniecznie we wszystkich (objawy pojawiają/pojawiały się co najmniej w dwóch środowiskach, takich jak dom, szkoła czy praca, bądź gorsza jakość życia towarzyskiego, szkolnego, zawodowego),
- Wpływa na zdolność dziecka do skutecznego funkcjonowania i radzenia sobie z typowymi oczekiwaniami odnoszącymi się do dzieci w różnorodnych istotnych sferach



zyciowych (objawy mają wpływ na jakość życia towarzyskiego, szkolnego, zawodowego),

- Raczej nie ustępuje w miarę upływu czasu i rozwoju,
- Objawów nie da się wytłumaczyć innymi zaburzeniami psychicznymi,
- Wiąże się z zaburzeniami funkcjonowania lub rozwoju mózgu, czyli występują deficyty w obrębie naturalnych umiejętności umysłowych,
- Wiąże się z innymi czynnikami biologicznymi, które mają wpływ na funkcjonowanie mózgu lub rozwój mózgu.
- Objawy te powinny występować co najmniej przez pół roku.
- Osoba dotknięta zaburzeniem objawia się również obniżoną samoregulacją emocji.

Osoby te są w ciągłym ruchu i trudno skupić im się na jednej czynności, mają problem ze słuchaniem długich wypowiedzi, są niecierpliwe, często gubią rzeczy, mają problem z usłyszeniem długich poleceń, w trakcie wykonywania długich monottonnych czynności pogrążają się w fantazjach. Popadają w uzależnienia, mogą u nich występować zaburzenia osobowości.

Na podstawie DSM-IV i doświadczeń klinicznych stworzono kilka zmodyfikowanych systemów diagnozy ADHD u osób dorosłych, uzupełniających listę objawów podstawowych, np. UTAH (Wender Utah Rating Scale, stworzone przez Paula Wendera) gdzie dodaje on pięć objawów, z których dwa powinny być spełnione do rozpoznania ADHD, a mianowicie:

- Chwiejność emocjonalna charakteryzująca się gwałtownymi biegunowymi zmianami nastroju,
- Gwałtowny temperament przejawiający się wybuchami złości i nadmiernym reagowaniem na neutralne bodźce,
- Dezorganizacja zachowania, trudność w kończeniu zadań, prokratynacja,
- Niska tolerancja stresu,
- Impulsywność (Russel 2000). (Wojnarska, 2019, s. 91)

W kolejnych latach, po licznych modyfikacjach (m.in. Russell 2000), Edward M. Hallowell i John J. Ratey (2004) dodali do listy następujące zachowania:

- Poczucie braku osiągnięć, niespełnienie własnych celów,
- Trudności z organizacją,
- Ciągłe przekładanie spraw na później, trudności z rozpoczęciem pracy,



- Wiele zadań rozpoczętych jednocześnie, trudności z ich dokończeniem,
- Skłonność do mówienia wszystkiego, co przyjdzie do głowy,
- Częste szukanie silnych wrażeń,
- Paniczny strach przed nudą,
- Łatwe rozpraszenie się, „wyłączanie” się, chwiejna uwaga,
- Kreatywność, intuicja, inteligencja,
- Brak cierpliwości, mała odporność na frustrację,
- Impulsywność werbalna lub w działaniu (kompulsywne wydawanie pieniędzy, nagłe zmiany planów, snucie pomysłów na nową karierę),
- Skłonność do niepotrzebnego i ciągłego zamartwiania się, jednocześnie niedostrzeganie prawdziwych niebezpieczeństw,
- Poczucie niepewności
- Zmiany nastroju, szczególnie w momentach bezczynności,
- Pobudzenie – drażliwość w czasie spoczynku,
- Skłonność do uzależnień,
- Nieprawidłowy obraz „ja”
- Przypadki depresji lub choroby dwubiegunowej w rodzinie.

NHS (National Health Service) w Wielkiej Brytanii opracowało taką listę:

- Nieostrożność i niezwracanie uwagi na szczegóły,
- Ciągłe gubienie przedmiotów lub odkładanie w inne miejsce,
- Zapominanie,
- Ciągłe rozpoczynanie nowych zadań przed ukończeniem wcześniejszych,
- Słabe umiejętności organizowania zadań,
- Niezdolność skupienia się na jednej rzeczy lub ustalania priorytetów,
- Niepokój lub podenerwowanie,
- Trudności ze spokojnym czekaniem i mówienie poza kolejnością, impulsywne wypowiedzi i słaba umiejętność dostosowania się do właściwej kolejności podczas rozmowy z innymi,
- Częste przerywanie innym,
- Wahania nastroju, drażliwość i wybuchowość,
- Brak umiejętności radzenia sobie ze stresem, skrajna niecierpliwość,



- Podejmowanie ryzykownych aktywności połączone z poświęcaniem niewielkiej lub żadnej uwagi kwestii bezpieczeństwa własnego lub innych osób.

Według Barkleya (2009) ważne jest znaczenie procesów hamowania w funkcjach samoregulacji, takich jak pamięć operacyjna, samoregulacja wzbudzenia emocjonalno-motywacyjnego, internalizacja mowy oraz rekonstrukcja. Hamowanie przejawia się szczególną podatnością na dystraktory i dużą interferencją działających jednocześnie bodźców, co dalej objawia się jako większe prawdopodobieństwo nieprzestrzegania reguł oraz braku kierowania się nakazami i zakazami (nawet przy ich znajomości), emocje są nieprzewidywalne i mało skuteczne w działaniach stresowych (Borkowska, 1999).

2.3. Główne objawy

Uwaga jest czynnością poznawczą, która spełnia rolę mechanizmu ograniczającego nadmiar informacji na wszystkich etapach jej przetwarzania. Ograniczenie służy temu, by nadmierna liczba informacji z otoczenia, nie zagrażała funkcjonowaniu. Wiadomo jednak, że zakres spostrzegania jest większy niż pole zjawisk docierających do świadomości w stopniu pozwalającym na pełne rozeznanie tego co się dzieje. Bardzo ostro i dokładnie można skupić się na niewielu bodźcach, do czego potrzeba więcej uwagi. Poszerzenie tego pola czyni je mniej dokładnym, jednak objawia się mniejszym nakładem zasobów uwagi.

Nieuwaga jest to objaw zaliczany do sfery poznawczej. Jest związana z pamięcią oraz funkcjami wykonawczymi. Parametry uwagi, z którymi mogą mieć problem osoby z ADHD: selektywność (wybiórczość), trwałość – dziecko bardzo łatwo się rozprasza i zmienia aktywność, przeczutność, podzielność, rozpiętość (zakres) uwagi. Dzieci muszą wykazywać się natężeniem objawów większym niż u innych dzieci, bez zaburzenia. W pewnym stopniu każde dziecko w danym wieku rozwojowym wykazuje się nieuwagą.

Kryteria diagnostyczne wg ICD-10:

Objawy muszą pojawiać się co najmniej 6 miesięcy. 6 bądź więcej objawów u dzieci do wieku lat 16, 5 lub więcej objawów u dzieci powyżej 17 roku życia. Objawy takie jak:

- Nie umie skupić uwagi, popełnia nieuważne błędy w szkole, w pracy bądź w innych dziedzinach życia;
- Ma problemy ze skupieniem uwagi na zadaniach;
- Często wydaje się nie słuchać;
- Często nie podąża za instrukcjami i nie kończy rozpoczętych zadań;



- Często ma problemy z organizacją swoich zadań, swojej pracy;
- Często unika, nie lubi wykonywać zadań, które wymagają wysiłku psychicznego przez dłuższy okres;
- Często gubi rzeczy;
- Łatwo się rozprasza;
- Często zapomina o codziennych obowiązkach.

W okresie adolescencji deficyt uwagi wysuwa się na pierwszy plan. Pojawiają się wyzwania przekraczające możliwości kompensacyjne osób z ADHD. Wraz z wchodzeniem w dorosłość traci się wsparcie rodziców, bliskich i opiekunów, a osoby te muszą same dopilnowywać codziennych obowiązków, a przymus sprawdzania błędów zajmuje zbyt dużo czasu.

Nadruchliwość to problem natury behawioralnej. Dziecko nadmiernie ruchliwe nie jest w stanie usiedzieć na miejscu, nie potrafi spokojnie się bawić ani odpoczywać, przejawia nerwowe ruchy rąk lub/i nóg, jest nadmiernie głośne i hałaśliwe. Wszystko w zachowaniu jest „nadmierne”. Ważne by zwrócić uwagę na to, czy aktywność ruchowa jest ukierunkowana, celowa, adekwatna do sytuacji czy niekontrolowana, mimowolna. Dziecko nie są w stanie się kontrolować, a często większa chęć kontroli wiąże się z natężeniem objawów. Zwiększona ruchliwość nie wiąże się z wysoką sprawnością fizyczną, a raczej z niezgrabnością motoryki dużej i małej. Wraz z wiekiem objawy nadruchliwości i impulsywności mogą stawać się mniej kłopotliwe (<https://www.centrumdobrejterapii.pl/materialy/adhd-u-doroslych-licza-sie-fakty>).

Impulsywność dotyczy sfery poznawczej i behawioralnej. Są to trudności z hamowaniem reakcji impulsywnej – natychmiastowej. Dotyczy zachowań, jak i mowy, oraz funkcjonowania poznawczego. Intencje nie są złe. Impulsywność przejawia się zbyt szybkim podejmowaniem decyzji, trudnościami w planowaniu zadań, odraczaniem gratyfikacji. Impulsywność wzmożona przejawia się wzmożeniem motywującej roli silnych emocji, popędów i nawyków, czego skutkiem jest łatwe przetwarzanie impulsów do działania – w działanie. Zewnętrznie przejawia się większą pobudliwością i gwałtownością zachowania, podczas gdy ograniczenia mechanizmów kontrolnych prowadzą do większej ich chaotyczności i zmienności.

Kryteria diagnostyczne wg ICD-10 dla nadruchliwości i impulsywności.

Objawy muszą pojawiać się co najmniej 6 miesięcy. 6 bądź więcej objawów u dzieci do wieku lat 16, 5 lub więcej objawów u dzieci powyżej 17 roku życia. Objawy takie jak:



- Często „bawi się”, rusza rękoma, stopami, kręci się na siedzeniu;
- Często wstaje w sytuacjach, kiedy trzeba siedzieć;
- Często wmiesza się w sytuacje nieadekwatne;
- Często jest to niemożliwe, żeby wmieszać się w aktywności grupowe, tym bardziej wymagające ciszy;
- Często jest napędzany przez „niewidzialny motor”;
- Często mówi nieprzemyślane rzeczy;
- Często odpowiada na jeszcze niezadane pytania;
- Często ma problem z czekaniem na swoją kolej;
- Często przeszkadza innym.

Na podstawie wyżej wymienionych objawów można rozpoznać trzy podtypy ADHD:

- Podtyp mieszany – jeżeli w ciągu ostatnich 6 miesięcy wystąpiła odpowiednia liczba symptomów (6 poniżej 17. roku życia lub 5 powyżej 17. roku życia) zawartych w kryteriach deficytów uwagi oraz nadruchliwości i impulsywności,
- Podtyp z przewagą deficytów uwagi - jeżeli w ciągu ostatnich 6 miesięcy wystąpiła odpowiednia liczba symptomów (6 poniżej 17. roku życia lub 5 powyżej 17. roku życia) zawartych w kryteriach deficytów uwagi,
- Podtyp z przewagą nadruchliwości i impulsywności - jeżeli w ciągu ostatnich 6 miesięcy wystąpiła odpowiednia liczba symptomów (6 poniżej 17. roku życia lub 5 powyżej 17. roku życia) zawartych w kryteriach nadruchliwości i impulsywności.

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi nie musi wiązać się tylko z negatywnymi konsekwencjami. Osoby z tym zaburzeniem potrafią często „emanować” energią, „zarażać” innych swoją wyjątkową osobowością, pracować bez przerwy przez bardzo długi czas, podejmować szybkie i trudne decyzje, cechuje ich kreatywność i mnogość pomysłów, nie boją się pracować dla siebie (Bobula 2006). Mają wizjonerskie wyobrażenia, kreatywne rozwiązania, śmiałe plany (jednak szybko w wypadku niepowodzenia tracą nadzieję). Jest wiele zawodów, w których mogą się sprawdzić bardzo dobrze. Jednak wiele razy to proste dla innych czynności, sprawiają im najwięcej problemów, na przykład słuchanie wykładu, czytanie książki, rozmowa, ponieważ szybko tracą uwagę (Bernau 2007). Nie potrafią pogodzić się z rutyną dnia codziennego, spóźniają się, zapominają.



2.4. Obraz kliniczny i funkcjonowanie osób z ADHD w ciągu życia

Jako pierwsze objawy obserwuje się nadrucliwość, następnie impulsywność, na końcu nieuwagę.

Wczesne dzieciństwo

W okresie niemowlęcym nie mówi się o ADHD, jednak jest coraz więcej badań dotyczących wczesnego dzieciństwa (m.in. sprawdzanie ruchów dziecka już w łonie matki). Za wczesne predykatory ADHD (w badaniu Elinor Sullivan z 2015 r.) uznano:

- Zaawansowany wiek matek;
- Niższe wykształcenie matek;
- Występowanie ADHD w wywiadzie rodzinnym;
- Problemy społeczne w rodzinie
- Opóźnienie w rozwoju motorycznym i językowym;
- Trudny temperament.

Nadużywanie substancji psychoaktywnych, w okresie prenatalnym, przez matkę, zatrucia substancjami chemicznymi, mogą przyczyniać się do występowania ADHD u dziecka.

Wyniki badań z udziałem najmłodszych dzieci (Danielson 2017) pokazują, że nadrucliwość i impulsywność mają trwały charakter, nazwane zostało to OADT (overactivity disorder of toddlerhood), czyli nadaktywność we wczesnym dzieciństwie. Można ją diagnozować u dzieci w wieku 24 – 36 miesięcy.

Okres przedszkolny

Takie zachowania jak: nieuwaga impulsywność, niepokój ruchowy, przeszkadzanie, występują u niemal wszystkich dzieci w wieku przedszkolnym. To ich natężenie świadczy o tym czy dziecko ma problem czy nie, czy potrafi się przystosować, czy nie. W tym okresie kształtuje się u dzieci samokontrola zachowania, tak by uczyły się postępować „z namysłem”, impulsywna reakcja uniemożliwia odczekanie do momentu, kiedy wykonanie czynności będzie łatwiejsze bądź bardziej akceptowane przez otoczenie. Dzieci nadmiernie impulsywne określane są jako konfliktowe, obrażające się, drażliwe. Trzeba pamiętać jednak, że objawy tego typu mogą być objawami innych zaburzeń, tj. opozycyjno-buntownicze, zaburzenia zachowania w dzieciństwie i adolescencji, czy osobowość antyspołeczna w dorosłości. Pierwsze ewidentne objawy nieuwagi zaczynają utrudniać dziecku życie edukacyjne, co może prowadzić do deficytów w zakresie wczesnej nauki czytania i pisanie oraz w obszarze funkcji

wykonawczych. W tym okresie można zaobserwować u dzieci objawy już we wszystkich obszarach – nadruchliwości, nieuwadze i impulsywności. W okresie przedszkolnym (głównie w ostatnich latach) pojawiają się pierwsze diagnozy ADHD.

Okres szkolny

Przede wszystkim zauważalne stają się tu deficyty uwagi. Objawiają się one niskim poziomem skupienia się, trwałość uwagi jest niewielka, a przerzutność nadmierna. Nieuwaga wiąże się z impulsywnością, dziecko ma problem wysłuchać pełne pytanie, a już wyrwa się z odpowiedzią. Z wiekiem zaczynają się wyróżniać problemy z funkcjami wykonawczymi. Złożone zadania stają się bardzo trudne dla dziecka z ADHD nie przez braki intelektualne, a przez deficyty w zakresie funkcji wykonawczych. Momentami przełomowymi dla dziecka są I klasa, kiedy nauczyciel najczęściej kieruje dziecko na diagnozę, IV klasa, kiedy dziecko zaczyna naukę u różnych nauczycieli przedmiotów, którzy nie są pedagogami wyspecjalizowanymi, kolejnym momentem jest szykowanie się do egzaminów wewnętrznych i samodyscyplinowanie się. Dziecko odbierane może być przez rówieśników jako przemądrzałe, impulsywne, pyskate, agresywne. Natężenie problemu nadruchliwości maleje z wiekiem, jednak wyostrza się relacja między deficytem uwagi i funkcjami wykonawczymi. Trudności poznawcze się nasilają przy próbie kontroli nadruchliwości. Może się zdarzyć, że ODD/CD są powikłaniem nadpobudliwości psychoruchowej.

Adolescencja

Spektrum objawów zmienia się z wiekiem, jednak nie zanikają całkowicie. W okresie dorastania trudności skupiają się na środowiskach – edukacyjnym i rówieśniczym. Deficyty uwagi się utrzymują, a kłopoty w zakresie funkcji wykonawczych utrudniają edukację. Deficyt funkcji wykonawczych objawia się w niskim poziomie samoregulacji oraz podejmowaniem złych decyzji, jak i również utrudnia określenie realistycznych planów życiowych. Nastolatki czują się bezradne, pokrzywdzone przez los, mają niską samoocenę i brak poczucia skuteczności, mają problemy szkolne, szukają innych źródeł gratyfikacji niż szkoła. Podejmują zachowania ryzykowne. Mają niewielu przyjaciół, doświadczają trudności w relacjach z płcią przeciwną, często czują się odrzuceni przez rówieśników. Stają się zarówno ofiarami, jak i sprawcami. Młodzież z zaburzeniem hiperkinetycznym statystycznie częściej zaczynają współżycie seksualne, przez co bardziej narażone są na choroby weneryczne i wczesne ciąży (a osoby dorosłe mają problem ze zbudowaniem satysfakcjonujących relacji w tej sferze, przez co częściej wdają się w romanse i się rozwodzą (Stein 2008)).



U dzieci z ADHD występują trudności w nauce przejawiające się małą aktywnością w szkole (90%), kłopotami w czytaniu (20%), kłopotami w pisaniu (60%). 30% dzieci z nadpobudliwością nie kończy szkoły, a tylko 5% kończy studia (Cooper, Ideus 2001). Adolescenci z tym zaburzeniem często porzucają szkołę, uzyskują niższe oceny. Z tego powodu osoba dorosła z ADHD nie zdobywają wyższego wykształcenia, co dalej prowokuje więcej zmian miejsc pracy, niski status socjoekonomiczny.

Zróznicowanie płciowe – specyfika i wyzwania diagnostyczne

Przez długi czas ADHD było uważane za zaburzenie częściej występujące u chłopców i mężczyzn, co prowadziło do nie diagnozowania dziewcząt i kobiet. Nadal diagnozuje się je 3 do 5 razy częściej u chłopców (Gaidamowicz i in., 2018). U dorosłych mężczyzn stosunek ten wynosi 3:2 (Weisler, Goodman, 2009). W dzieciństwie dziewczęta, rzadziej niż chłopcy wykazują się nadpobudliwością ruchową, jednak częściej objawy przybierają formę deficytów uwagi oraz impulsywności emocjonalne, często mylonej z „nadwrażliwością”, a badania wskazują, że kobiety prezentują inne wzorce objawów ADHD niż mężczyźni i często zmagają się z dodatkowymi trudnościami, które wynikają zarówno z biologicznych, jak i społecznych czynników. Według Bernau (2007) kobiety „żyją na wysokich obrotach” i są „marzycielkami” z wielkimi planami, których nie potrafią zrealizować. Żyją w ciągłym niepokojem, natłoku myśli i braku skuteczności w działaniach, czują się wyczerpane, chaotyczne, niepożądane. Dziewczyny z przewagą problemów z koncentracją uwagi nie stwarzają trudności wychowawczych w szkole, mogą jedynie stwarzać wrażenie nieobecnych. Dziewczęta z ADHD, prawdopodobnie przez szczególną wrażliwość układu nerwowego oraz wzrastający w okresie dojrzewania estrogen, mogą dotkliwiej przechodzić zespół napięcia przedmiesiączkowego, uczucie wyczerpania, wahania nastrojów oraz migreny w trakcie okresu. W przypadku dziewcząt z ADHD z nasilonymi zaburzeniami nadpobudliwości psychoruchowej, objawy nadruchliwości zmienić się mogą w ciągły stan wewnętrznego napięcia i niepokojem.

W dorosłości ADHD u kobiet nadal często pozostaje nierozpoznane, ponieważ objawy bywają maskowane przez mechanizmy kompensacyjne, takie jak perfekcjonizm, nadmierna organizacja czy potrzeba kontroli. Kobiety te mają często trudności w zarządzaniu codziennymi obowiązkami, z przewlekłym stresem związanym z rolą społeczną (matki, partnerki, pracownicy), bywają mocno impulsywne, nadwrażliwe na krytykę i miewają trudności w regulacji emocji. Quinn i Madhoo (2014) zauważyli, że kobiety z ADHD są bardziej narażone na rozwój zaburzeń współistniejących, takich jak lęk i depresja, co



dotkowo utrudnia postawienie prawidłowej diagnozy. Wahania poziomu hormonów (np. w okresie dojrzewania, ciąży, menopauzy) mogą zaostrzyć objawy ADHD. Jak wskazują badania, zmiany hormonalne wpływają na funkcjonowanie układów dopaminergicznego i noradrenergicznego (Quinn, 2020).

U niektórych mężczyzn z ADHD nadpobudliwe zachowania z dzieciństwa zmieniają się w niepokój psychiczny, „ociężałość” psychiczną, nadwrażliwość. Stawiają sobie zbyt wysokie wymagania, bywają perfekcjonistami, starają się dominować i kontrolować wszystko. Te cechy oraz impulsywność, nieuwaga i trudności z pracą zespołową mogą wpływać negatywnie na osiągnięcia jednostki i samoocenę.

2.5. Diagnostyka

2.5.1. Podstawy ADHD

Epidemiologia

ADHD diagnozowane jest na całym świecie, we wszystkich kulturach i we wszystkich klasach społeczno-ekonomicznych. Wskaźnik występowania to 5-7%. Wskazuje się, że zaburzenie to 5cio krotnie częściej u chłopców niż dziewczynek. U chłopców występuje większa nadruchliwość, pobudliwość, ekspresja, u dziewcząt zauważa się często objawy później. W grupie dzieci z podtypem ADHD charakteryzującym się przewagą nieuwagi, proporcje dziewcząt i chłopców są takie same. Rozbieżności w wynikach badań zależne są od regionu, odmienności metodologicznej wielu badań (część wyników oparta jest na ocenach nauczycieli i rodziców, inne odwołują się wyłącznie do diagnoz wykwalifikowanych specjalistów), oraz wcześniej wspomnianych proporcji płci.

Modele biopsychospołeczne ADHD

Model biopsychospołeczny zakłada, że zdrowie i choroba są wynikiem dynamicznej interakcji czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych. W kontekście ADHD oznacza to, że zaburzenie to nie jest determinowane wyłącznie przez jeden z tych czynników, ale przez ich wzajemne oddziaływanie.

Podłoże genetyczne

Badania DNA pozwalają na oszacowanie dziedziczności ADHD w 76% (Pennington i in. 2009) (Grzegorzewska i in., 2020, s. 340). Podtyp z przewagą nadruchliwości i impulsywności dziedziczony jest w 88%, a podtyp z przewagą deficytów uwagi w 79% (McLoughlin i in. 2007). Jednak nie są one decydujące, ponieważ zależy to od zespołu cech, których spektrum



może być bardzo szerokie. Nie jest to jednak jeden szczególny gen, ponieważ ADHD to zespół objawów, wielu genów, które w niewielki sposób modyfikują rozwój i funkcjonowanie mózgu w zakresie danej funkcji, dlatego badania prowadzi się poprzez skanowanie całego genomu (GWAS) oraz poszukiwanie genów kandydujących. Jeśli jedno z rodziców cierpi na ADHD, prawdopodobieństwo wystąpienia tego zaburzenia u dziecka wynosi 50%. Bliźnięta jednojajowe wykazują 81% zgodności, a dwujajowe 29% (Faraone i Biederman 2005). U dzieci osób dotkniętych ADHD ryzyko rozwoju zaburzenia jest siedmiokrotnie większe niż u dzieci osób bez objawów (Moss i in. 2007). Udowodniono, że geny odpowiadają za nadpobudliwość, impulsywność, zaburzenia funkcji wykonawczych i procesów uwagi, uczenie się, pamięć, zapotrzebowanie na stymulację, poszukiwanie nowości, unikanie monotonii, neurotyczność oraz zachowania eksternalizacyjne, takie jak agresja, zaburzenia behawioralne i nadużywanie substancji psychoaktywnych.

Jednym z ważniejszych wyników GWAS było uzyskanie potwierdzenia roli czynnika genetycznego w odniesieniu do współwystępowania ADHD z innymi zaburzeniami neurorozwojowymi, depresją zaburzeniami zachowania i schizofrenią. Więcej danych uzyskano z badań poszukujących genów kandydujących charakterystycznych dla ADHD – większość z genów związana jest z systemami dopaminergicznym, noradrenergicznym i serotonergicznym, a także glutaminergicznym oraz wieloma innymi białkami zaangażowanymi w procesy rozwoju układu nerwowego. Najwięcej potwierdzonych raportów dotyczy związku ADHD z mutacjami genów odpowiedzialnych za gospodarkę dopaminową.

Relacja genów i środowiska

Gene x environment interaction effect – GxE. Definiowana jest jako genetycznie zmodyfikowana wrażliwość na środowisko. Interpretuje się ją najczęściej w modelach teoretycznych: podatność-stres i modelu bioekologicznego. Ujęcie podatność-stres zakłada, że osoby z genetyczną predyspozycją, będą wrażliwsze na ryzyko środowiskowe i zaburzenie będzie miało znacznie większe nasilenie, niż wynikałoby to z prostego zsumowania wpływów genetycznych i środowiskowych. W odniesieniu do ADHD wskazuje, że dzieci te są bardziej narażone na wpływy środowiskowe. Podejście bioekologiczne zakłada, że rola czynników genetycznych w etiologii zaburzenia wzrasta w środowisku korzystnym. Oznacza to, że praca z dzieckiem minimalizuje niekorzystny wpływ środowiska na procesy poznawcze i impulsywność, a zachowania symptomatyczne, które nadal mimo terapii przejawia dziecko, mają przede wszystkim podłoże genetyczne. Ochronnymi czynnikami dla dziecka mogą okazać się – wykształcenie rodziców, postawy rodzicielskie.



Do czynników prenatalnych zwiększających prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzenia ADHD u dziecka należą: wcześniactwo, niska waga urodzeniowa i młody wiek matki. W grupie ryzyka znajdują się również dzieci, których matki doświadczają depresji, zaburzenia afektywne dwubiegunowe i zaburzenia psychotyczne (Figuroa 2010) oraz silnego stresu w ciąży, szczególnie w drugim lub trzecim trymestrze (Zhu i in. 2015; Li i in. 2010). Z badań Linnet i współpracowników (2006) wynika, że wcześniactwo i niska masa urodzeniowa znacząco zwiększają ryzyko wystąpienia ADHD. Do czynników prenatalnych zwiększających prawdopodobieństwo wystąpienia tego zaburzenia należą również styl życia i dieta matki – palenie papierosów (Melchior i in. 2015), niedobory kwasu foliowego (Schlotz i in. 2010), cynku (Dodig-Curkovic i in. 2009), kwasów omega-3 (Gale i in. 2008), nadmiar ołowiu (Nigg i in. 2010) oraz spożycie sztucznych barwników (Nigg i in. 2012).

Podłoże mózgowe

Badania neuroobrazowe dostarczają istotnych informacji na temat strukturalnych i funkcjonalnych różnic w mózgu osób z ADHD w porównaniu z populacją neurotypową. Zarówno wymiary, objętości, niektórych struktur w mózgu są rozbieżne. Różnice można było zauważyć również między płciami badanych. Wskazano również na występowanie opóźnień w dojrzewaniu korowym. Na obrazach mózgu osób z ADHD widać nieprawidłowości w funkcjonowaniu obszarów przedczołowych, ich zmniejszoną powierzchnię w prawej półkuli (Casey, Castellanos, Giedd, 1997). Obszar ten jest odpowiedzialny za funkcje wykonawcze, takie jak planowanie, kontrola impulsów i uwaga. Leki stymulujące usprawniają czynności kory czołowej przez stymulację dopaminy i norepinefryny, substancji pobudzających te obszary mózgu (Arnsten, 2000) (Grzegorzewska i in, 2020, s.343). Jądra ogoniaste, należące do jąder podstawy u osób z zaburzeniem nadpobudliwości psychoruchowej, charakteryzują się mniejszą objętością istoty szarej (Montes i in. 2010). Region ten współpracuje z korą przedczołową i uczestniczy w procesach kontroli zachowań, uczenia się i uwagi. Mózg dziecka z ADHD charakteryzuje się odmienną ścieżką rozwoju. Badania sugerują nadmierną aktywność podczas wykonywania zadań (Dickstein, Bannon, Castellanos i Milham, 2006), co może wskazywać na mniej efektywne strategie przetwarzania informacji i niewystarczającą aktywację sieci czołowo-ciemiennych i innych obszarów mózgu oraz niedostateczną aktywację sieci neuronalnych związanych z funkcjami wykonawczymi i procesami uwagi (Cortese i in. 2012) (Grzegorzewska i in, 2020, s.343), co może prowadzić do trudności w planowaniu, organizacji i kontroli zachowań. Techniki neurofunkcjonalne pozwoliły rozszerzyć spektrum.



Zaburzenia biochemiczne

W ADHD do czynienia mamy przede wszystkim z deficytami równowagi biochemicznej w zakresie systemu katecholamin: szczególnie dopaminy i noradrenaliny, a także serotoniny.

Dopamina jest neurotransmiterem syntezowanym głównie w istocie czarnej mózgu. Odpowiada za regulację funkcji ruchowych, procesy uczenia się, zapamiętywania oraz motywację. Pełni kluczową rolę w kontroli emocji i zachowań nagradzających, a także wpływa na zdolność koncentracji. Deficyty dopaminy w korze przedczołowej, prążkowie i jądrze półleżącym u osób z ADHD mają istotne znaczenie ze względu na zaangażowanie dopaminy w regulację funkcji ruchowych, ale również jej związek w uczenie się i zapamiętywanie oraz z procesami motywacyjnymi. Jest ściśle związana ze zdolnością do koncentracji na bodźcach.

Noradrenalina jest neuroprzekaźnikiem i hormonem zaangażowanym w reakcje stresowe, regulacje nastroju, uwagi, snu oraz pamięci. Wpływa na funkcje poznawcze, takie jak koncentracja i pamięć operacyjna. Obniżona aktywność noradrenaliny w obszarach korowych skutkuje deficytami pamięci operacyjnej, natomiast nadaktywność noradrenaliny w obszarach podkorowych powoduje ogólne pobudzenie ośrodkowego układu nerwowego.

Innym neuroprzekaźnikiem odpowiedzialnym za ADHD jest serotonina. Wpływa ona na nastrój, sen, apetyt i zachowania impulsywne. Badania wskazują na związek stężenia serotoniny z impulsywnością behawioralną i poznawczą. Wiąże się również z obecnością zaburzeń współwystępujących z nadaktywnością psychoruchową z deficytem uwagi, takich jak depresja czy lęk.

Warto zwrócić uwagę na biochemiczne powiązania noradrenaliny syntezowanej z dopaminy. Zaburzenia w jednym z tych systemów mogą mieć wpływ na funkcjonowanie drugiego, co może komplikować obraz biochemiczny ADHD.

Patomechanizm ADHD – wybrane neuropsychologiczne koncepcje ADHD

Energetyczno-poznawczy model ADHD – J. Sergeant, J. Oosterlaan, J. van der Meere

Zakłada, że funkcjonowanie jednostki zależy od stanu jej organizmu oraz od czynników energetycznych, zdolność do hamowania reakcji związana jest więc z aktywacją potrzebną do przygotowania i organizowania zachowania, wysiłkiem umysłowym wynikającym z motywacji i reagowania na wzmocnienie oraz wzbudzeniem, czyli czasem na przetwarzanie bodźca. Osoby z ADHD wykazują się przede wszystkim podwyższonym poziomem aktywacji utrudniającym hamowanie reakcji oraz niską wrażliwością na kary.



Model Behawioralnych Systemów Hamowania i Aktywacji – H. Quaye

Zakłada, że zachowanie modyfikowane jest przez dwa przeciwstawne systemy odpowiedzialne za reakcje emocjonalne – behawioralny system hamowania oraz behawioralny system aktywacji. Bodziec awersyjny aktywizuje system hamowania, który odpowiada za pojawienie się reakcji unikania i ucieczki. Pozytywne wzmocnianie zachowania uaktywnia system BAS wrażliwy na sygnały nagrody. W procesie terapii warto uwzględnić wzmocnienie pozytywne jako lepiej odbierane, niż negatywne.

Model Awersji Opóźnienia – E. J. Sonuga-Barke

Zakłada, że dzieci nadpobudliwe wybierały nagrodę niewielką, lecz natychmiastową, nie chcąc czekać na większą nagrodę. Niechęć do odraczania reakcji spowodowana jest uczuciem frustracji, niepokoju i pobudzenia emocjonalnego.

Model Deficytu Hamowania reakcji – R. A. Barkley

Najpopularniejsza z koncepcji – zakłada, że największym zaburzeniem w ADHD są problemy z samoregulacją, spowodowane przez deficyt w zakresie hamowania reakcji i stanowią podłoże powstawania trudności w sferze behawioralnej i poznawczej. Deficyt hamowania (w ADHD) powoduje wtórne zaburzenia czterech aspektów funkcji wykonawczych: pamięci operacyjnej niewerbalnej, internalizacji mowy, samoregulacji wzburzenia emocjonalno-motywacyjnego oraz rekonstrukcji, co z kolei obniża poziom kontroli zachowań motorycznych.

2.5.2. Zaburzenia współwystępujące

Posługując się zestawieniem wykonanym przez Annę Wojnarską (2019) częstotliwość występowania dodatkowych zaburzeń w grupie osób z ADHD przedstawia się następująco:

1. Zaburzenia zachowania, zachowania opozycyjno- buntownicze:
 - a. 40-60% (Young 2011)
 - b. 60% (Cooper, Ideus 2001)
 - c. 41% (Downey i in. 1997)
2. Zachowania destrukcyjne – 45% (Cooper, Ideus 2001)
3. Zachowania antyspołeczne – 25% (Barkley 2009)
4. Skłonności depresyjne:
 - a. 37% (Downey i in. 1997)
 - b. 25% (Young 2000)



- c. 33% (Cooper, Ideus 2001)
- 5. Uzależnienia od alkoholu – 33,3% (Downey i in. 1997)
- 6. Uzależnienia od narkotyków:
 - a. 20,5% (Downey i in. 1997)
 - b. 50% (Hollowey i Rattey 2000)
 - c. 14-33% (Jackson, Faruggia 1997)
- 7. Osobowość antyspołeczna:
 - a. 12,8% (Downey i in. 1997)
 - b. 20-45% (Jackson, Faruggia 1997)
 - c. 33,3% (Young 2000)
- 8. Zachowania przestępcze:
 - a. 25% (Cooper, Ideus 2001)
 - b. 5-25% (Jackson, Faruggia 1997)
- 9. Kradzieże – 30% (Barkley 2009)
- 10. Relegacja ze szkoły z powodu zachowania:
 - a. 25% (Barkley)
 - b. 25-30% (Jackson, Faruggia 1997)

Według M. Radochońskiego (2000) nadpobudliwość psychoruchowa stanowi sprzyjające podłoże do kształtowania się osobowości antyspołecznej.

W diagnozie ADHD trudność stanowi odróżnienie objawów pierwotnych (wynikających z zaburzenia) od objawów towarzyszących, wynikających z doświadczeń życiowych (wtórnych) i współwystępowania zaburzeń psychiatrycznych, takich jak osobowość borderline, antyspołeczna, choroba afektywna dwubiegunowa I lub II typu, cyklotymia, depresja, uzależnienia, GAD, OCD, schizofrenia, Alzheimer czy następstwa TBI (Szaniawska 2010, Russell 2000). W diagnozie trzeba również wykluczyć choroby somatyczne oraz PTSD.

Niektóre symptomy ADHD pokrywają się z objawami innych zaburzeń psychicznych, na przykład z zaburzeniem osobowości typu borderline – mają wspólną etiologię, jednak inaczej się rozwijają. Nie wyklucza się jednak diagnozy podwójnej. Choroba afektywna dwubiegunowa może stanowić również wyzwanie diagnostyczne przy różnicowaniu z ADHD, jednak główną różnicą między nimi jest to, że ADHD ma charakter chroniczny, a ChAD epizodyczny oraz częstotliwość zmian nastroju (ADHD – 4-5 razy dziennie, w ChAD – zmiana faz co 2-3 dni) (Kooij i in, 2016). Współwystępowanie szacuje się w 9 do 35% przypadków.



2.5.3. ADHD w klasyfikacjach zaburzeń psychicznych

W Diagnostycznym i statystycznym podręczniku zaburzeń psychicznych DSM-5 (2013) ADHD zaliczane jest do kategorii zaburzeń neurorozwojowych. Kryteria diagnostyczne określają trzy główne podtypy ADHD:

- Z przewagą deficytu uwagi
- Z przewagą nadpobudliwości-impulsywności
- Postać mieszana

Diagnoza wymaga, by objawy występowały przez co najmniej 6 miesięcy, objawy muszą być nieadekwatne do wieku i rozwojowego poziomu człowieka, muszą pojawić się przed 12 rokiem życia (w DSM-IV było do 7 lat), powinny występować w co najmniej dwóch środowiskach.

Podobna klasyfikacja ADHD pojawiła się wcześniej w DSM-IV, gdzie korzystano z kodów zgodnych z ICD-9:

- 314.00 – ADHD z przewagą deficytu uwagi (ADHD-PI)
- 314.01 – ADHD z przewagą nadpobudliwości-impulsywności (ADHD-HI)
- 314.01 – ADHD mieszane (ADHD-C)

DSM-5 wykazuje się większą elastycznością w diagnozie dorosłych niż DSM-IV oraz podkreśla się możliwość zmiany objawów w czasie.

Dodatkowo w 2022 wydano DSM-5-TR (TR – text revision) jako uzupełnione wydanie DSM-5, które jest bardziej aktualne i precyzyjne. Wprowadzono tam drobne zmiany w opisach objawów ADHD, takie jak:

- podkreślenie, że nie istnieje biologiczny marker diagnostyczny dla ADHD, zaznaczono, że ADHD dzieli objawy nieuwagi z zaburzeniami lękowymi, jednak w ADHD nieuwaga wynika z preferencji do m.in. angażowania się w nowe i stymulujące aktywności
- podkreślenie, że choć ADHD jest częstsze u mężczyzn, to kobiety z tym zaburzeniem mają wyższe wskaźniki współwystępowania niektórych zaburzeń, w tym zaburzenia opozycyjno-buntowniczego, zaburzeń ze spektrum autyzmu oraz zaburzeń lękowych (<https://wvadhd.org/wp-content/uploads/2023/08/Appendix-1.1-DSM-5-to-DSM-5-TR-Modifications-to-ADHD-Chapter.pdf>).

W Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (1990) ADHD miało numer F90 i nosiło nazwę zaburzeń hiperkinetycznych, będąc grupą zaburzeń charakteryzujących się wczesnym początkiem, brakiem wytrwałości w realizacji zadań wymagających zaangażowania poznawczego, tendencją do przechodzenia z jednej w drugą aktywność bez ukończenia żadnej z nich oraz nadmierną aktywnością.

- F90.0 Zaburzenie aktywności i uwagi – deficyt uwagi i nadmierna aktywność (zespół nadpobudliwości ruchowej)
- F90.1 Hiperkinetyczne zaburzenie zachowania – ADHD – zaburzenie hiperkinetyczne z towarzyszącymi zaburzeniami zachowania
- F90.8 Inne zaburzenia hiperkinetyczne
- F90.9 Zaburzenie hiperkinetyczne, nieokreślone (<https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F90>)

W Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11 (2018) ADHD zaliczane jest do grupy zaburzeń neurorozwojowych pod kodem 6A05 i obejmuje zaburzenia uwagi, impulsywność i nadpobudliwość i postać mieszaną. Podobnie jak w DSM-5, objawy muszą być obecne w kilku środowiskach i powodować znaczące trudności w funkcjonowaniu, jednak ICD-11 rezygnuje z podziału na „podtypy” i traktuje je jako profil objawów zmieniający się w czasie (<https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#821852937>).

- 6A05.0 Zaburzenie z deficytem uwagi i nadpobudliwością, przeważający deficyt uwagi
- 6A05.1 Zaburzenie z deficytem uwagi i nadpobudliwością, przeważająca nadpobudliwość-impulsywność
- 6A05.2 Zaburzenie z deficytem uwagi i nadpobudliwością, mieszana
- 6A05.Y Zaburzenie z deficytem uwagi i nadpobudliwością, inna
- 6A05.Z Zaburzenie z deficytem uwagi i nadpobudliwością, nieokreślona

2.5.4. Diagnoza ADHD

ADHD jest jednym z najczęściej wykrywanych zaburzeń neurorozwojowych, lecz również naddiagnostowanych. Zbyt pochopne diagnozowanie ADHD wynika z szerokiego spektrum objawów. Testy również jednoznacznie nie określają występowania i niewystępowania zaburzenia. Zgodnie z kryteriami diagnostycznymi ADHD u dorosłych, faktycznie należy udokumentować obecność objawów tego zaburzenia w dzieciństwie (przed 12 rokiem życia).



Trzeba mieć jednak świadomość, że u wielu z tych osób nie postawiono rozpoznania ADHD (pomimo objawów). Często zdarza się tak, że nawet jeśli konsekwencje tego zaburzenia są widoczne, osoby te nie otrzymują diagnozy, a etykietkę osoby leniwej, niezmotywowanej, niedbałej, niegrzecznej, źle wychowanej. Diagnoza nozologiczna, czyli kompletna diagnoza rozpoznająca zaburzenie, wymaga współpracy zespołu specjalistów, testów, wywiadów oraz obserwacji.

Dwa główne cele diagnozy to:

- Stwierdzenie występowania objawów kryterialnych wraz z określeniem ich nasilenia – kryterium włączające;
- Wykluczenie innej przyczyny zachowań symptomatycznych – kryterium wyłączające (Sparrow i Erhardt, 2014) (Grzegorzewska i in., 2020, s. 347).

Ważne jest by określić, czy nasilenie zachowań symptomatycznych przekracza normy rozwojowe, czy objawy ewidentnie utrudniają funkcjonowanie badanego, czy objawy ujawniły się przed 12 rokiem życia. Wiele z tych informacji otrzymać można z wywiadu diagnostycznego – opis problemów, ścieżka rozwoju dziecka, sposób funkcjonowania dziecka, rodziny, obciążenie rodzinne, dotychczasowe sposoby radzenia sobie z problemami dziecka. To tutaj najczęściej pojawia się problem dla dorosłego podejrzewającego u siebie ADHD – udowodnienie symptomów z dzieciństwa wiąże się z przypomnieniem sobie okresu dziecięcego, kiedy większość zachowań było kompensowanych, co dalej nie pomaga w przypomnieniu sobie ważniejszych faktów. Nie można tu zastosować wywiadu z nauczycielem czy rodzicem, jakby to było w przypadku diagnozy dziecka. Można spotkać się z przypadkiem, kiedy osoby sugerują się tym co przeczytały w literaturze powszechnej czy mediów i same sobie przypisują zachowania, które do nich nie należą, bądź nadinterpretują je. Niektórzy chcą usprawiedliwić tą diagnozą swoje niepowodzenia, inni dostać lek, który na osoby niezaburzone działa narkotycznie (metylofenidat), co jest bardzo aktualnym problemem, a dalej przyczynia się do tego, że zaczyna tego leku brakować dla osób faktycznie go potrzebujących. Działania marketingowe zarówno firm farmaceutycznych jak i prywatnych klinik i gabinetów psychoterapeutycznych mogą skłaniać do rozpoznania problemu tam, gdzie go nie ma (Wojnarska, 2019). W diagnozowaniu osoby dorosłej trzeba wykorzystać wiedzę i wspomnienia bliskich badanego.

Skale objawowe – opierają się na objawach wskazanych w kryteriach diagnostycznych wymienionych w klasyfikacjach medycznych i najczęściej uzupełnione są o pytania



precyzujące zachowania dziecka w konkretnych sytuacjach codziennych. Dostępne w Polsce skale objawowe to:

- Kwestionariusz Diagnostyczny Achenbacha,
- Conners 3,
- Kwestionariusze do diagnozy ADHD i Zaburzeń Zachowania,
- Skale Objawowe Zaburzeń Okresu Adolescencji.
- ARS – ADHD Rating Scale,
- DIVA – Diagnostic Interview for ADHD in Adult.

Skale opisowe mogą być uzupełnieniem wywiadu diagnostycznego.

2.5.5. Testy psychologiczne stosowane w procesie diagnozy dorosłych

Główne testy psychologiczne wykorzystywane w procesie diagnozy ADHD u dorosłych:

- Wywiady diagnostyczne: DIVA-5 (Diagnostic Interview for ADHD in Adults, wersja 5) – najczęściej stosowany przesiewowo, ponieważ dotyczy głównych objawów ADHD zawartych w DSM-5.
- Test uwagi i funkcji wykonawczych: MOXO – komputerowy test uwagi, oceniający cztery wskaźniki – uwagę, czas reakcji, impulsywność oraz nadmierną ruchliwość. Jego wyniki pomagają w ocenie funkcjonowania poznawczego badanego.
- The Conners Adult ADHD Rating Scale.

2.5.6. Terapia ADHD i farmakoterapia

Podstawą do terapii jest prawidłowa diagnoza. Dopiero po niej można zaplanować jaką terapia będzie odpowiednia. ADHD jest nieuleczalne, walczy się tylko z jego wtórnymi symptomami.

- Farmakoterapia – leki psychostymulujące, terapia polega przede wszystkim na osłabieniu objawów osiowych, a więc z koncentracją uwagi, ruchliwości oraz impulsywności. Może być pomocne nawet dla 80% pacjentów. W większości jest zalecane dopiero po nieskuteczności oddziaływań środowiskowych i behawioralnych.
- Psychoterapia, zaraz obok psychoedukacji, poradnictwa oraz farmakoterapii, jest jednym z podstaw leczenia ADHD. Najlepiej działającym nurtem psychoterapii dla zaburzenia ADHD jest nurt poznawczo-behawioralny. Ma pomagać w rozwijaniu lepszych strategii radzenia sobie z trudnościami w zachowaniu, bardziej refleksyjnego



sposobu myślenia i działania, zmianie zniekształceń poznawczych, obejmuje trening umiejętności społecznych. Nie sprawi ona, że objawy znikną, jednak uczy żyć z nimi.

- Neuroterapię – neurofeedback, biofeedback – trening z wykorzystaniem neurofeedbacku w terapii ADHD ma na celu zmniejszenie aktywności fal theta i zwiększenie aktywności fal beta i tym samym obniżenie nasilenia symptomów zespołu.
- Edukacja rodziców i opiekunów, a także nauczycieli i wychowawców.
- Terapia rodzinna (terapia schematu) terapia grupowa, treningi umiejętności społecznych, treningi nakierowane na poprawę umiejętności szkolnych, koordynacji ruchowej.

Nadal poszukuje się odpowiedzi na to, jak najlepiej zajmować się osobami z tym zaburzeniem.

Najczęściej wykorzystywanymi lekami stosowanymi w leczeniu ADHD są:

- Metylfenidat – jest to lek psychostymulujący, inhibitor wychwytu zwrotnego neoadrenaliny i dopaminy. Wskazania – jako część całościowego programu leczenia ADHD u dzieci w wieku 6 lat i starszych, w przypadkach kiedy inne środki zaradcze nie są wystarczające. Przed rozpoczęciem leczenia powinno się przeprowadzić pacjentowi całościową ocenę stanu zdrowia. Podczas leczenia należy monitorować stan zdrowia pacjenta. Dawkowanie, przeciwwskazania oraz najczęstsze objawy niepożądane powinno się przedstawić pacjentowi.
- Atomoksetyna – jest to inhibitor wychwytu zwrotnego neoadrenaliny. Wskazania – leczenie ADHD u dzieci od lat 6 i starszych, jako element pełnego leczenia. Przed rozpoczęciem leczenia powinno się przeprowadzić pacjentowi całościową ocenę stanu zdrowia. Podczas leczenia należy monitorować stan zdrowia pacjenta. Dawkowanie, przeciwwskazania oraz najczęstsze objawy niepożądane powinno się przedstawić pacjentowi.

Leki przepisuje psychiatra.



3. Stres i style radzenia sobie ze stresem

3.1. Definicje stresu w psychologii – aspekty biologiczne i psychiczne

Termin „stres” jest obecnie używany w języku potocznym jako synonim sytuacji trudnej, presji zewnętrznej, wywołującej w nas uczucie wewnętrznego napięcia. Kojarzone jest z przeciążeniem, z zespołem niekorzystnych zmian w sferze fizjologicznej, psychologicznej i behawioralnej człowieka (Siudem, 2019). Stres jest złożonym zjawiskiem, wpływającym zarówno na sferę psychiczną, jak i fizjologiczną człowieka. Słowo „stres” zostało wprowadzone w fizyce i biologii na oznaczenie siły działającej na określoną strukturę, wywołującą jej naprężenie czy zniekształcenie. Pojęcie „stresu psychologicznego” pojawiło się już w latach 30 XX w. po badaniach zapoczątkowanych przez Hansa Selye’go (Heszen, 2013). Jego teoria zakładała, że stres to reakcja organizmu na zagrożenie zewnętrzne, gdzie jednostka jest reaktywna, a doświadczane skutki stresu dotyczą organizmu poprzez działanie mechanizmów systemu nerwowego, hormonalnego i immunologicznego. Stres w tej teorii psychologii definiowany jest jako bodziec, reakcja oraz jako proces. Pojęcie bodźcowe odwołuje się do okoliczności zewnętrznych. Z badań Selye’go wyróżniono i nazwano ogólną teorię przystosowania (General Adaptation Syndrom), odnoszącą się do pierwszej reakcji organizmu na bodziec zagrażający, oraz kolejne etapy radzenia sobie z zagrożeniem. W 1950 roku zdefiniował stres jako stan organizmu po działaniu stresorów (bodźców prowokujących). Według niego reakcje organizmu na stres są niespecyficzne, ponieważ muszą odbudować normalny stan rzeczy zachwiany przez różne czynniki zagrażające, nie działając w taki sam sposób na wszystkie jednostki, ponieważ różnią się one odmiennością reakcji uwarunkowanej czynnikami indywidualnymi, takimi jak predyspozycje genetyczne, wiek czy płeć, a cechą wspólną ich jest właśnie zwiększone wymaganie ponownego przystosowania, czyli powrotu organizmu do stanu przed zmianą (Płopa & Makarowski, 2010, s. 10). W pracy Irvinga Janisa (1958) stres psychologiczny został zinterpretowany jako zmiana w otoczeniu, która może wywołać wysoki stopień napięcia emocjonalnego i przeszkadza w normalnym toku reagowania. Jednak opis ten wydaje się niejednoznaczny, ponieważ ludzie subiektywnie odbierają dane wydarzenie – dla kogoś może być ono stresowe, ale dla kogoś innego nie (uwarunkowane to może być osobowością, doświadczeniami, itp.). Selye nazwał bodźce stresorami. Podejście reakcyjne opisuje określone reakcje człowieka na stresory. Dla Selye (1956) stres był reakcją organizmu. Dla Mechanica (1962) reakcją dyskomfortu. Pojęcie obejmowało takie reakcje jak przyspieszone tętno, napięcie mięśniowe, czy uczucie lęku. Współcześnie stres nie jest lokalizowany ani w jednostce, ani w otoczeniu, ale dotyczy



określonego rodzaju relacji (interakcji, transakcji) między nimi – zakłócenie lub zapowiedź zakłócenia równowagi między zasobami czy możliwościami jednostki z jednej strony, a wymaganiami z drugiej (Heszen, 2013, s. 24). Ta perspektywa podkreśla subiektywną ocenę sytuacji przez jednostkę i jej zdolność do adaptacji. Badania Lazarus, gdzie w stresie centralne miejsce zajmuje proces oceny sytuacji zagrażającej dokonywanej przez podmiot, zdominowało rozumienie stresu. „Jeżeli jednostka spostrzeża znaczną rozbieżność pomiędzy wymaganiami środowiska a samooceną możliwości ich spełnienia i jednocześnie odczuwa tę relację jako zagrożenie, to znajduje się w stanie stresu psychologicznego (Lazarus, 1966; McGrath, 1976; Strelau 2000, 2006)” (Płopa & Makarowski, 2010, s. 10). Podejście to, tzw. transakcyjne, podkreśla rolę subiektywnej oceny doświadczanych wydarzeń. Konfrontacja wymagań otoczenia z własnymi zasobami przebiega od oceny pierwotnej, kiedy jednostka osądza osobiste zdarzenie dla siebie do oceny wtórnej, gdzie sprawdza zasoby jakie ma do dyspozycji (możliwości, kompetencje, wsparcie społeczne, zasoby materialne), by sprostać wymaganiom stawianym przez stresor. Ocena sytuacji jako zagrożenia może się wiązać z wystąpieniem krzywdy lub straty i może uruchomić lęk, strach, zamartwianie się, a ocena sytuacji jako wyzwania może dostarczyć jednostce oprócz powyższych, również rozważanie o spodziewanych zyskach. Ocena wtórna przyjęła nazwę radzenia sobie ze stresem.

W Polsce badania nad stresem rozpoczęto w połowie lat 60. XX wieku, a ich inicjatorem był Janusz Reykowski z Uniwersytetu Warszawskiego. Akceptuje on pogląd, że pojęcie stresu odnosi się do relacji podmiotu do otoczenia, jednak dąży do konceptualizacji stresu w kategoriach obiektywnych, bez wglądu we wnętrze. Jan Strelau (1996) określił stres jako „stan charakteryzujący się negatywnymi emocjami o dużym natężeniu (takimi jak strach, lęk, złość, wrogość lub inne stany określane jako dyskomfort psychiczny), któremu towarzyszą zmiany fizjologiczne i biochemiczne wyraźnie przekraczające poziom charakterystyczny dla spoczynkowego poziomu pobudzenia (Strelau, 2006, s.152) (Heszen, 2013, s. 26). Traktuje on stres jako wynik interakcji między wymaganiami a możliwościami. Reykowski (1966) opisuje próg stresu jako „charakterystyczną dla danej osoby w danym odcinku czasowym właściwość, od której zależy to, czy dany stress wywoła zmiany w funkcjonowaniu” (Heszen, 2013, s. 151), co zakłada, że pewne wydarzenia, mogą być stresorami, pomimo braku stresowej reakcji osoby.

Całościowe rozumienie procesu stresowego wymaga szczególnego potraktowania tzw. zmiennych pośredniczących między wydarzeniami potencjalnie stresowymi a pojawieniem się reakcji stresowych, a mianowicie zasobów jednostki i jej sposobów radzenia sobie ze stresem.



Zjawisko stresu jest więc kompleksowe i trzeba wytłumaczyć wszystkie jego elementy składowe, by je zrozumieć. W KPS – Kwestionariuszu Poczucia Stresu, przyjęto jako główny opis, według którego stres jest stanem napięcia emocjonalnego (na poziomie organicznym i psychologicznym), wynikającym z określonej transakcji jednostki z otoczeniem (lub samym sobą), odczuwanym jako przykry, obciążający jej zasoby, zagrażający dobrostanowi (stresor – mechanizm pośredniczący – zachowania adaptacyjne, tzw. coping).

Potencjalne źródła stresu są zależne od jednostki. Nie wszyscy równo zareagują na stresory, jest to zależne od osobowości osoby, temperamentu, perspektywy subiektywnej i obiektywnej, stanów emocjonalnych na dany moment oraz wielu innych czynników. Stresu nie można wykluczyć z życia człowieka, między innymi przez wzgląd na jego złożoność. Niektóre stresory można mniej lub bardziej opanować (klęski, choroby, głód, wojny), jednak życie społeczne dostarcza człowiekowi znacznie więcej czynników prowokujących niż świat przyrody. Te największe zagrożenia, na które jednostki nie mają większego wpływu, a nadal dostarczające uczucia stresu, to na przykład: wizja apokalipsy, nuklearnej zagłady, przeludnienia, terroryzm, bezrobocie, zagrożenia ekologiczne, jak i te bliższe takie jak osamotnienie, stres w pracy, choroby, rozłąki.

Najbardziej prowokującą proces stresowy sferą funkcjonowania człowieka, może być rodzina. Jest ona miejscem, gdzie różnorodne relacje społeczne są formułowane od urodzenia i trwają przez cały bieg życia ludzkiego. Jest główną i pierwszą grupą przywiązania, w której kreują się potrzeby jednostki, jej wizja siebie, zasoby psychologiczne. Decyduje o jakości relacji społeczno-emocjonalnych jednostki. Wpływy swoje dzieli z innymi sferami życia takimi jak: szkoła, zakład pracy. Może być pierwotnym źródłem stresu oraz wspomaganie w radzeniu sobie ze stresem. Można w niej znaleźć wsparcie lub więcej stresorów. Nie wszystkie zdarzenia i stresory rodzinne są przewidywalne, jak na przykład choroba bliskiej osoby. Ważna jest również jakość życia jednostki i całej struktury rodzinnej, co znaczy, że pełnione role rodzinne i małżeńskie, organizacja życia rodzinnego, sposoby rozwiązywania problemów, mają wpływ na kreowanie radzenia sobie jednostki. Jednym z większych stresorów jest tutaj konflikt małżeński, mogący mieć wpływ na poczucie wartości osoby, poczucie frustracji, a problemy pochodzące z niego mogą przenosić się na inne obszary życia człowieka. Kolejnym czynnikiem prowokującym mogą być dla rodziców dzieci – te małe oraz te dorosłe. Kobiety częściej niż mężczyźni wpadają w niewolniczość roli, stają się jedyną odpowiedzialną za funkcjonowanie rodziny, a one same znikają. Im bardziej chcą się wyrwać z tej roli (a nie mogą), tym silniejszy jest ich odczuwany stres. Tutaj ważne jest by podkreślić, że rodzina to



system, a emocje i stany w niej odczuwane przenikają się, dlatego stres przyniesiony spoza tej strefy, może być odczuwalny w niej (np. stres zawodowy). Innym ważnym aspektem w rodzinie jest rozłąka partnerów, spowodowana na przykład pracą na delegacjach, prowokującą konflikt ról w rodzinie. W przypadku osoby zajmującej się domem może powodować poczucie przeciążenia rolą rodzinną, u dzieci może prowadzić do poczucia pólseroctwa społecznego, a u osoby na delegacji może prowadzić do szeregu różnych stresów, jak na przykład niemożność wpassowania się w rolę po powrocie do domu, niemożność sprawowania podstawowych ról rodzicielskich i małżeńskich. System rodzinny może być więc źródłem pierwotnych i wtórnych stresorów. Może jednak dostarczać też ochrony i siły członkom rodziny.

Drugim najważniejszym stresorem może być dla człowieka środowisko pracy, powodując frustrację, napięcia psychiczne, złe samopoczucie, niską samoocenę, poczucie zagrożenia (może być również stymulatorem rozwoju, podstawą kształtowania się zadowolenia z życia, poczucia własnej wartości, samorealizacji) (Płopa & Makarowski, 2010, s. 35). Stres zawodowy określany jest efektem niedopasowania się jednostki i jej środowiska pracy. Warunki pracy mogą więc być trudne dla wszystkich, ale występowanie reakcji stresowych zależne jest od osoby. Warunki fizyczne utrudniające wykonywanie zadań to np. te zaliczające się do stresorów obiektywnych, działających niezależnie od człowieka, czyli hałas, wibracje, zła temperatura, wilgotność powietrza, zanieczyszczenie powietrza, toksyczne substancje, praca na wysokości, zmiany ciśnień, nadmierne zatłoczenie. Inne stresogenne czynniki to np. presja czasu, nierytmiczność przebiegu pracy, monotonia czy zmienność pracy, konflikt ról, wieloznaczność ról. Relacje społeczne w środowisku pracy również mogą być bardzo stresujące, jak na przykład złe relacje ze współpracownikami, z przełożonym czy z podwładnymi. Dobre kontakty mogą za to działać wspierająco. Kolejnymi czynnikami prowokującymi mogą być: nieodpowiedni styl kierowniczy przełożonego, poczucie bycia traktowanym przedmiotowo, niezadowolenie z dotychczasowego przebiegu kariery, brak możliwości rozwoju zawodowego, ryzyko zwolnienia oraz mobbing. Wszystkie te stresory mogą działać same bądź kompleksowo.

Istnieje również stres związany z kulturą, z wartościami wyznawanymi przez społeczeństwa, a zachowaniem jednostki. Długotrwałe socjokulturowe wpływy na funkcjonowanie jednostek są trudne do uchwycenia i zmierzenia.

W literaturze można znaleźć różne klasyfikacje stresorów, takie jak zewnętrzne, wewnętrzne, ostre, chroniczne, intrapsychiczne i interpersonalne, zawodowe, rodzinne, ekologiczne, socjalne, finansowe.



- Stres intrapsychiczny powstaje wewnątrz psychiki jednostki, niezależnie od czynników zewnętrznych. Jest związany z wewnętrznymi konfliktami, napięciami i nieświadomymi mechanizmami obronnymi. Przyczynami jego mogą być nierozwiązane przeszłe traumy, konflikty wewnętrzne, wysokie wymagania wobec siebie, tłumione emocje, nierozwiązane traumy a również dysonans poznawczy. Objawia się ciągłym napięciem psychicznym, trudnościami w podejmowaniu decyzji, zamartwianiu się, obsesyjnych myślach, spadkiem poczucia własnej wartości, problemami ze snem i koncentracją.

Jak opisano wyżej, stres jest nieodłączną częścią życia ludzkiego, w różnej intensywności i częstotliwości. To jak radzi sobie jednostka ze stresorami jest warte rozważenia, ponieważ świat wewnętrzny człowieka, zasoby jakimi dysponuje, nie jest mniej ważny niż stresory. Radzenie sobie jest zjawiskiem kompleksowym, polegającym właśnie na przywracaniu pierwotnego stanu, przed spotkaniem stresora. Zasoby z jakich jednostka może korzystać, to mogą być wymiary osobiste: osobowość, zdolności, poziom edukacyjny, doświadczenie uwarunkowane ekspozycją na sytuacje stresowe, wsparcie społeczne. Zasoby osobowościowe, wskazujące na odporność bądź podatność na stres (odporność na stres jest to zdolność jednostki do skutecznego radzenia sobie w sytuacjach napięcia i presji):

- Twardość – określa poziom odporności jednostki na stres. Osoby o wysokiej twardości oceniają sytuacje stresogenne inaczej, niż te o niskiej, dzięki czemu lepiej radzą sobie z problemem. Mogą również nie dostrzegać zagrożenia w wydarzeniach. Ma ona wpływ na dobieraniu odpowiedniej strategii radzenia sobie.
- Poczucie koherencji – akceptacja, adaptacja do warunków, którą tworzą: zrozumiałość, sterowalność i sensowność (Antonovsky, 1987; Sęk, Ścigała, 1994). Zrozumienie pomaga przystosować się do warunków, sterowalność jako poczucie kompetencji do radzenia sobie z otoczeniem (również z użyciem środków pozasobistych), sensowność, czyli przekonanie o zasadności i celowości angażowania się. Poczucie koherencji może poprawić jakość życia człowieka.
- Poczucie kontroli – wewnętrzne poczucie kontroli daje większe możliwości efektywnego funkcjonowania, głównie poprzez przekonanie o możliwości wpływu na bieg zdarzeń (podczas gdy zewnętrzne poczucie kontroli odbiera ten wpływ). Wybór strategii zależy się staje bardziej od kompleksowej oceny sytuacji niż przeżywanych emocji.



- Kompetencje społeczne – otwartość, empatyczność, optymizm, zdolność do rozumienia innych, pozytywny stosunek do ludzi – umożliwiają one ekspresję gromadzonych emocji, nie dopuszczając do kumulowania się, korzystanie ze wsparcia społecznego oferowanego w różnej formie przez otoczenie. Jednostki szukające kontaktu pomniejszają zagrożenia, mniej koncentrują się na negatywnych emocjach, objawach, czyli pomimo złych sytuacji, nie obniża się (albo obniża nieznacznie) stan dobrego samopoczucia, satysfakcja z życia i jego jakości (Plopa, 1996). Rozwojowe style przywiązania mogą również mieć wpływ na przeżywanie stresu – styl bezpieczny ma zdolność redukcji lęku, przyjmowania konstruktywnych strategii opartych na wsparciu społecznym, styl ambiwalentny prowokuje podwyższony poziom wrogości i somatyzacji jednostki, są to osoby superczujne, napięte, konfliktowe, u których dominuje agresywność, koncentracja na sobie, unikowy styl przywiązania prowokuje za to nieufność, wrogość, negatywne wyobrażenie o świecie, osamotnienie.
- Siła ego – poziom samoświadomości jednostki. Bardzo ważna przy odniesieniu do zachowań w sytuacjach nieprzewidywalnych. Pomaga odpowiednio szybko włączyć do sytuacji strategie radzenia sobie, dzięki czemu staje się ona bardziej efektywna i twórcza, a zdolności jednostki zostają wykorzystane. Pewność siebie ma silną korelację z poziomem satysfakcji z siebie warunkującej poziom efektywności zadaniowej w różnych warunkach, w tym przewidywaniu konsekwencji. Prowadzi to dalej do przyjmowania odpowiednich sposobów radzenia sobie.
- Wsparcie społeczne – dobre wsparcie może pomóc w radzeniu sobie z różnymi rodzajami stresorów. Szczególnie trzeba wspomnieć tutaj o rodzinie, która może być zarówno fundamentem, jak i największym stresorem, przez to jak blisko jest każdej jednostki. Na jakość struktury rodzinnej wpływa przede wszystkim trwałość, częstość i regularność kontaktów między członkami, istotna jest intensywność relacji, wzajemna otwartość i przystępność. Wykazuje się, że małżeństwo pełni funkcję ochraniającą przed stresem, a rozwodnicy i single mają mniejszą odporność na stres oraz gorszy status psychofizyczny. Co dalej oznacza, że dobrze funkcjonująca relacja małżeńska może być źródłem wsparcia. Dla dzieci rodzina jest miejscem fundamentalnym, gdzie uczy się bycia w relacjach interpersonalnych, interakcyjnych sposobów w radzeniu sobie z trudnościami, dbania o zdrowie, norm



i wartości. W aspekcie funkcjonalności wsparci społecznego mówi się o: wsparciu emocjonalnym (wzmacniającym poczucie własnej wartości jednostki i poczucia kontroli nad zdrowiem i samopoczuciem, utrzymywaniu poziomu stresu w granicach dopuszczalności), wsparciu instrumentalnym (dostarczenie potrzebującemu określonej pomocy) oraz wsparciu informacyjnym (porada, informacja, źródła). Mogą one oddziaływać kompleksowo, oddzielnie oraz w różnych proporcjach. Wsparcie społeczne rozpatruje się również w kategoriach bezpośrednich, kiedy pomoc jest dostarczana przy problemie, oraz pośrednich (buforowych).

Według KPS – Kwestionariusza Pomiaru Stresu, użytego później w tej pracy, wyróżnia się trzy zasadnicze obszary stresu:

- Doświadczane napięcie emocjonalne – obejmuje: poczucie niepokoju, nadmiernej nerwowości, często występujące trudności w odprężaniu się w różnych codziennych sytuacjach, brak energii do działania połączony z tendencją do rezygnacji z podejmowania różnych zadań, realizacji planów, występowanie tendencji do nadmiernej drażliwości w różnych relacjach interpersonalnych, często odczuwane poczucie zmęczenia bez wyraźnej przyczyny.
- Stres intrapsychiczny – wynikający z konfrontacji z samym sobą. Obejmuje: obawy, zamartwianie się, obniżone poczucie sensu życia z powodu odczuwania trudności w realizacji celów, zadań, wyzwań dnia codziennego wynikające z poczucia bycia słabym psychicznie, mało zdolnym, posiadającym zbyt małe zasoby, poczucie, że ma się problemy ze sobą, ciągle żywym doświadczeniami z przeszłości dające objawy osamotnienia, niepokoju, poczucie utraty czegoś/kogoś ważnego wzbudzające niepokój, niemożność pogodzenia się z tym trudnym subiektywnie doświadczeniem, myślenie o przyszłości wzbudza niepokój, tendencje rezygnacyjne, pesymizm w ocenie siebie i świata.
- Stres zewnętrzny – wynikający z konfrontacji z obciążeniami dostrzeganymi w świecie społecznym, zewnętrznym. Obejmuje: poczucie bycia niesprawiedliwie ocenianym przez inne osoby w różnych kontekstach społecznych, poczucie bezradności, narastającego wyczerpania w obronie swojego punktu widzenia w patrzeniu na różne sprawy, doświadczanie niepokoju wynikającego z poczucia bycia wykorzystywanym przez innych, poczucie frustracji, męczliwości, że stawiane przez innych wymagania, zadania przewyższają posiadane zasoby, zdolności, możliwości do ich spełniania.

Dodatkowo w teście znajduje się skala kłamstwa, mająca na celu zweryfikowanie czy badany nie chce przedstawić się w lepszym świetle (Plopa & Makarowski, 2010, s. 62-64).

W tym samym teście, przy normalizacji wykazano, że:

- Kobiety wykazują większą tendencję do odczuwania stresu zewnętrznego i intrapsychoicznego, natomiast mężczyźni do napięcia emocjonalnego, a ogólny poziom stresu jest wyższy u kobiet.
- Najwyższego poziomu napięcia emocjonalnego doświadczają kobiety w przedziale wiekowym 21-30 lat, stres zewnętrzny oraz intrapsychoiczny najsilniejszy w przedziale wieku 21-50 lat. U mężczyzn poziom stresu w każdym wymiarze rośnie z wiekiem.
- Najwyższym poziomem stresu charakteryzują się ludzie z wyższym wykształceniem, urodzeni w dużych miastach (powyżej 100 tys. mieszkańców).
- Kobiety z co najmniej jednym dzieckiem mają mniejszy poziom stresu od tych bezdzietnych, podczas gdy u mężczyzn tej różnicy nie stwierdzono.
- Kobiety z dobrym statusem materialnym życia deklarują wyższy poziom stresu od tych które deklarują gorszy status materialny, podobnie wyniki przedstawiały się na grupie mężczyzn.
- Kobiety w związkach nieformalnych doświadczają większego stresu niż mężatki i panny, podczas gdy u mężczyzn to ci żonaci uzyskali najwyższy wynik ogólny w skali stresu.
- Najniższy ogólny poziom stresu wystąpił u kasjerek, policjantów, rolników, fryzjerek i fryzjerów, a najwyższy u ratowników medycznych, przedsiębiorców, handlowców i lekarzy.

Długotrwały stres, czyli chroniczny, może prowadzić do wielu negatywnych konsekwencji zdrowotnych, na przykład:

- W układzie sercowo-naczyniowym – może przyczynić się do podwyższonego ciśnienia krwi oraz przyspieszonej akcji serca, co dalej może prowadzić do chorób serca, albo zawału.
- W układzie odpornościowym – stres może hamować działanie układu odpornościowego, przez co organizm staje się bardziej podatny na infekcje i choroby.
- W układzie pokarmowym – stres może prowadzić do zaburzeń trawienia, takich jak zespół jelita drażliwego (IBS) czy refluks żołądkowo-przełykowy. Może tworzyć bardziej prawdopodobnym tworzenie się wrzodów.



- Problemy metaboliczne – może przyczyniać się do powstawania insulinooporności, a dalej do cukrzycy typu 2.
- W układzie mięśniowo-szkieletowym – stres może powodować napięcie mięśni, co dalej może prowadzić do przewlekłych bólów, zwłaszcza w obrębie szyi, ramion i pleców.
- W funkcjach poznawczych – może prowadzić do problemów z pamięcią, koncentracją oraz podejmowaniem decyzji.
- Zaburzenia snu – stres może powodować bezsenność albo niespokojny sen.
- Nieprawidłowości w rozwoju płodu i dziecka – stres przeżywany przez matki w ciąży ma znaczenie dla kształtowania się funkcji reakcji na stres u dziecka. Dodatkowo wzrasta prawdopodobieństwo wystąpienia u dzieci zaburzeń lękowych, schizofrenii czy autyzmu. Trzeba tu również zaznaczyć, że stres jest mocno związany z samoistnymi poronieniami w początkowych tygodniach, a w późnym okresie ciąży stres może grozić przedwczesnym porodem.
- Procesy wzrostu – stres może hamować procesy wzrostu człowieka.
- W procesach reprodukcyjnych – stres może mieć wpływ na libido u obu płci, dodatkowo u kobiet może prowadzić do zaburzeń w cyklu miesięczkowym, u mężczyzn może prowadzić do zaburzeń erekcji oraz obniżyć jakość nasienia.
- W zdrowiu psychicznym – przewlekły stres jest istotnym czynnikiem ryzyka rozwoju zaburzeń lękowych, depresji oraz innych. Zwiększa ryzyko zachowań ryzykownych i sięgania po używki.

Skutki stresu chronicznego są złożone i mogą się różnić w zależności od indywidualnych predyspozycji jednostki i jej strategii radzenia sobie ze stresem.

3.2. Definicja i klasyfikacje stylów radzenia sobie ze stresem

Sytuacja stresowa pobudza człowieka do aktywności, zwanej radzeniem sobie i spełniającej dwie funkcje: przywrócenia równowagi między wymaganiami a możliwościami oraz modulowania własnego stanu emocjonalnego. Jest to jeden z najważniejszych elementów procesu stresowego. Radzenie sobie rozpatrywane może być jako proces, strategia oraz styl. Proces, czyli całość aktywności podejmowanej przez człowieka w danej sytuacji stresowej. Proces jest złożony. Jednak różne procesy mogą bardzo się od siebie różnić, co określa się strategiami lub sposobami radzenia sobie. Pojęcie stylu radzenia sobie dotyczy indywidualnych zróżnicowań dyspozycji jednostki. Obejmuje indywidualne tendencje czy



dyspozycje. Jest traktowany jako względnie trwała i charakterystyczna dla jednostki dyspozycja. Strategia to określone działania i reakcje podejmowane lub uruchamiane w konkretnych sytuacjach życiowych, są specyficzne dla sytuacji. Proces radzenia jest ciągiem zmieniających się w czasie strategii.

Pojęcie radzenia sobie ma różne opisy, jednak najczęściej cytowaną nadal definicją jest ta Lazarusa i Folkman (1984), którzy opisali je jako: „Stale zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki, mające na celu opanowanie określonych zewnętrznych i wewnętrznych wymagań, ocenianych przez osobę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby” (Heszen, 2013, s. 31). W tym ujęciu radzenie sobie to ciąg świadomych wysiłków podejmowanych w celu poradzenia sobie z określoną sytuacją. Jest ono kontynuowane do momentu poradzenia sobie ze stresem. Transakcja stresowa obejmuje procesy: oceny poznawczej, emocjonalnej i proces radzenia sobie. Sytuacja stresowa wyznacza cel poprawy relacji między wymaganiami i możliwościami oraz regulację stanu emocjonalnego. Do tych celów Lazarus i Folkman wyróżniają funkcje radzenia sobie – instrumentalną, czyli zadaniową, zorientowaną na problem oraz funkcję samoregulacji emocji. W badaniach Scherer, Drumheller i Owen w 1994 r. udowodniono, że lepsze jest traktowanie radzenia sobie jako predyktora oceny poznawczej (odwrotnie, niż u Lazarusa i Folkman). W badaniach Charlesa Carvera i Michaela Scheiera (1994) emocje potraktowano jako następstwo stosowanych strategii radzenia sobie. Ostatecznie jednak wskazano, że radzenie sobie jest celową formą zachowania w jakimś stopniu skutecznego. Reaktywne radzenie sobie jest bezpośrednim następstwem emocji wzbudzonych w sytuacji stresowej. Koncepcja ta włącza jedynie celowe formy aktywności. W 2006 roku wprowadzona przez Folkman i Moskowitz została trzecia funkcja radzenia sobie, mianowicie „radzenie sobie skoncentrowane na znaczeniu”. Umożliwiła ona połączenie w jedną strategię opierające się na przewartościowaniu znaczenia (globalnego i sytuacyjnego).

Radzenie skoncentrowane na znaczeniu można rozdzielić na:

- urealnienie priorytetów – ponowne przeanalizowanie i dostosowanie priorytetów życia, co oznacza identyfikację najważniejszych celów i wartości oraz skoncentrowanie na nich uwagi, co pozwala na efektywniejsze zarządzanie zasobami i energią. Pozwala to skupić się na tym, co istotne dla jednostki, minimalizując wpływ mniej ważnych spraw.
- adaptacyjne przekształcenie celów – elastyczne dostosowywanie celów do aktualnych możliwości i warunków. Polega na modyfikacji pierwotnych celów, które są nieosiągalne, na bardziej realistyczne. Podejście to wspiera poczucie kontroli i



skuteczności, redukując frustrację związaną z niemożliwością realizacji wcześniejszych zadań.

- znajdowanie korzyści – wyszukiwanie pozytywów w trudnych doświadczeniach pomaga w budowaniu odporności psychicznej. Doszukiwanie się w jaki sposób sytuacje mogą prowadzić do samorozwoju, nauki, wzmocnienia relacji międzyludzkich.
- przypominanie sobie korzyści – odwoływanie się do wcześniejszych doświadczeń, w których udało się przezwyciężyć trudności i osiągnąć pozytywne rezultaty. Wzmacnia wiarę we własne możliwości. Może to dostarczać wymaganej motywacji i nadziei w obliczu trudności pokazując, że wcześniejsze sukcesy jako dowód radzenia sobie.
- nasycanie zwykłych wydarzeń pozytywnym znaczeniem – docenianie drobnych przyjemności, co pomaga w budowaniu pozytywnego nastawienia i redukcji napięcia.
- wzmacnianie pozytywnego afektu – aktywne poszukiwanie i angażowanie się w działania wywołujące pozytywne emocje, które będą przyczyniać się do poprawy samopoczucia. Pomaga w przeciwdziałaniu negatywnym skutkom stresu, wspierając ogólny dobrostan psychiczny.

W Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS wyodrębniono trzy skale stylów radzenia sobie ze stresem:

1. Styl skoncentrowany na zadaniu – osoby z wysokimi wynikami w tej skali mają tendencję do podejmowania wysiłków prowadzących do rozwiązania problemu poprzez poznawcze przekształcenia lub próby zmiany sytuacji. Najważniejsze tu jest zadanie i planowanie.
2. Styl skoncentrowany na emocjach – charakterystyczne dla osób koncentrujących się na sobie, na własnych emocjach, z tendencjami do myślenia życzeniowego i fantazjowania.
3. Styl skoncentrowany na unikaniu – charakterystyczne dla osób wystrzegających się, w sytuacjach stresowych, myślenia, przeżywania i doświadczania stresora. Styl ten przyjmuje formy: angażowania się w czynności zastępcze oraz poszukiwanie kontaktów towarzyskich.

W badaniach normalizacyjnych, przeprowadzanych pod ten kwestionariusz wykazano między innymi:



- Młodsze osoby (16-24 lata) częściej niż starsze (powyżej 25 roku życia) używają stylu skoncentrowanego na unikaniu. Wynik w skali stylu skupionego na zadaniu jest najwyższy w grupie osób między 25 a 54 rokiem życia. Wiek nie gra znaczącej roli w skali stylu skoncentrowanego na emocjach.
- Płeć nie różnicuje wyników w najstarszej grupie badanych (55+) oraz w skali SSZ w każdej kategorii wiekowej. Jedyne różnice wyłaniają się w skali SSE, gdzie kobiety generalnie uzyskują wyższe wyniki, oraz w skali SSU gdzie kobiety w wieku (25-54 lata) mają również wyższe wyniki.
- Osoby z wykształceniem wyższym uzyskują wyższe wyniki w skali SSZ, osoby z niższym wykształceniem uzyskują wyższe wyniki w skali SSE oraz znacząco wyższe w skali SSU.
- Miejsce zamieszkania nie wpływa znacznie na wyniki.

Strategie radzenia sobie wyodrębnione w Wielowymiarowym Inwentarzu do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem – COPE, stworzonym przez Charlesa S. Carvera, Michaela F. Scheiera i Jagdish K. Weintrauba w 1989 roku, odnoszą się do pojęcia transakcyjnego stresu i na radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami (Lazarus, Folkman, 1984) oraz do modelu samoregulacji zachowania (Scheier, Carver, 1988). Zaproponowali oni strategie radzenia sobie, które mogą przedstawiać dyspozycyjne radzenie sobie oraz sposoby sytuacyjnego radzenia sobie (Juczyński & Ogińska-Bulik, 2012). Podpunkty jednak dzielą się w trzy główne style radzenia sobie ze stresem: skoncentrowanym na problemie, skoncentrowanym na emocjach i wsparciu społecznym, skoncentrowanym na unikaniu.

1. Aktywne radzenie sobie – podejmowanie działań zmierzających do usunięcia, zmniejszenia stresora lub jego skutków (skoncentrowane na problemie)
2. Planowanie – rozważania na temat poradzenia sobie ze stresem (skoncentrowane na problemie)
3. Poszukiwanie instrumentalnego wsparcia społecznego – poszukiwanie rady, pomocy czy informacji (poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach)
4. Poszukiwanie emocjonalnego wsparcia społecznego – szukanie moralnego wsparcia, sympatii czy zrozumienia (poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach)
5. Unikanie konkurencyjnych działań – unikanie innych działań, które nie są związane z problemem, celem lepszego poradzenia sobie (skoncentrowane na problemie)



6. Zwrot ku religii – religia jako źródło wsparcia emocjonalnego, drogowskaz do pozytywnego przewartościowania i rozwoju (poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach)
7. Pozytywne przewartościowanie i rozwój – dostrzeżenie w zdarzeniu wartości dla rozwoju, spostrzeżenie jej w bardziej pozytywnym świetle (skoncentrowane na problemie i koncentracja na emocjach)
8. Powstrzymanie się od działania – powstrzymywanie się przed działaniem przedwczesnym, wyczekiwanie na właściwy moment (skoncentrowane na problemie)
9. Akceptacja – przyjęcie zaistniałej sytuacji jako nieodwracalnej, czegoś, do czego należy się przyzwyczaić i nauczyć z tym żyć (zachowanie unikowe)
10. Koncentracja na emocjach i ich wyładowanie – zaniepokojenie własnymi emocjami i tendencja do ich wyładowywania (poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach)
11. Zaprzeczanie – ignorowanie, odrzucanie faktu zaistniałej sytuacji (zachowanie unikowe)
12. Odwracanie uwagi – unikanie myślenia o konsekwencjach zdarzenia poprzez zajmowanie się innymi czynnościami, np. sen, oglądanie TV (zachowanie unikowe)
13. Zaprzestanie działań – bezradność, rezygnacja z podejmowania wysiłków osiągnięcia celów (zachowanie unikowe)
14. Zażywanie alkoholu lub innych środków psychoaktywnych – zażywanie alkoholu dla doraźnego złagodzenia przykrych emocji (zachowanie unikowe)
15. Poczucie humoru – traktowane jako sposób łagodzenia przykrych emocji (zachowanie unikowe)

Statystycznie mężczyźni częściej wykorzystują strategie związane na zadaniu, a kobiety te łagodzące emocje.

Podskale kwestionariusza Strategiczne Podejście do Skali Radzenia Sobie SACS, stworzone przez Hobfoll i in. w 1994 roku (Heszen, 2013, s. 78).

1. Działanie asertywne
2. Unikanie
3. Poszukiwanie wsparcia społecznego



4. Działania ostrożne
5. Współpraca społeczna
6. Działania instynktowne
7. Działanie agresywne
8. Działanie antyspołeczne
9. Działanie „nie wprost”

Propozycje Hobfoll zmierzają do rozszerzenia pojęcia radzenia sobie.

Współcześnie dodaje się jeszcze duchowe radzenie sobie, traktując je jako oddzielną formę (Folkman i Moskowitz, 2004) oraz proaktywne radzenie sobie, polegające na zainteresowaniu przyszłością i możliwymi przyszłymi źródłami stresu. Pojęcie to pierwsze wprowadziły Lisa Aspinwall i Shelley Taylor w 1997 roku, opisując je jako „wysiłki podejmowane z wyprzedzeniem czasowym w stosunku do mogącego nastąpić wydarzenia stresowego, aby zapobiec mu lub zmienić jego formę jeszcze przed jego wystąpieniem” (Heszen, 2013, s. 78). Badania dotyczące strategii radzenia sobie ze stresem stanowią obecnie jeden z najbardziej intensywnie rozwijających się obszarów psychologii. Najmłodszą modyfikację klasycznego ujęcia Lazarusa i Folkman wprowadzili Schwarzer i Knoll, proponując pozytywne ujęcia radzenia sobie i włączając do tego formy zachowania, służące dobremu samopoczuciu i rozwojowi osobistemu. Radzenie sobie skoncentrowane na znaczeniu (nadawanemu stresorowi) odgrywa podstawową rolę w generowaniu pozytywnych emocji w sytuacjach stresowych. Emocje pozytywne adaptują, odwracają uwagę, pozwalają odpocząć chroniąc zasoby.

Styl radzenia sobie to indywidualnie zróżnicowana tendencja do określonego zachowania w sytuacji stresowej i różni się między ludźmi. Style radzenia sobie nie są wrodzone, a stanowią formę zachowania nabytego, wyuczonego, również zależnie od predyspozycji. O tym, które strategie zostaną użyte decyduje sytuacja oraz możliwości. Styl radzenia sobie jest elastyczny, dostosowuje się go do sytuacji. Temperament uznany został jako istotny w aktywowaniu stylu radzenia sobie. Adaptacyjne style radzenia sobie ze stresem, są to sposoby, które pomagają efektywnie zmniejszać napięcie i radzić sobie z trudnymi sytuacjami, wspierając zdrowie psychiczne i fizyczne. Nieadaptacyjne style radzenia sobie ze stresem, to takie, które zamiast pomagać w efektywnym zarządzaniu trudnymi sytuacjami, mogą pogłębiać problemy i negatywnie wpływać na zdrowie psychiczne oraz funkcjonowanie



jednostki. Według Younga, twórcy terapii schematów, główne nieadaptacyjne style radzenia sobie to: poddanie się schematowi, unikanie schematu, nadmierna kompensacja schematu. Mogą one być one, na przykład, wyuczone w dzieciństwie jako mechanizmy obronne w trudnych środowiskach.

Czynniki wpływające na wybór stylu radzenia sobie:

1. Czynniki osobowości – osoby o wysokim poczuciu własnej skuteczności częściej wybierają styl skoncentrowany na zadaniu, dążąc do aktywnego rozwiązywania problemów. Z kolei osoby z wyższym poziomem lęku, mogą preferować strategie unikowe lub emocjonalne.
2. Wiek i płeć – młodsze osoby częściej mogą stosować strategie unikowe, a starsze strategie skoncentrowane na zadaniu. Warunkowania płciowe są zależne od czynników kulturowych i społecznych.
3. Doświadczenia życiowe – zwłaszcza te które ukształtowały preferencje w zakresie radzenia sobie ze stresem. Wcześniej skuteczne strategie będą wykorzystywane w przyszłości.
4. Rodzaj stresora – przy stresorach postrzeganych jako kontrolowalne, częściej będą wykorzystywane strategie skoncentrowane na zadaniu, jednak w niekontrolowalnych mogą dominować strategie emocjonalne lub unikowe.
5. Wsparcie społeczne – jednostki ze wsparciem rodziny i bliskich częściej korzystają z adaptacyjnych strategii, takich jak poszukiwanie pomocy czy dzielenie się problemami.
6. Czynniki socjodemograficzne – poziom wykształcenia, status ekonomiczny, środowisko kulturowe.

Według badań Anny Siudem (2008) które miały sprawdzić zależność między stylem radzenia sobie ze stresem a wybranymi cechami osobowości, osoby neurotyczne częściej wybierały styl radzenia sobie skoncentrowany na emocje. Za to osoby z wysoką otwartością na doświadczenia łączono ze stylem skoncentrowanym na zadaniach. Nie stwierdzono istotnych zależności między ekstrawersją a stylem zorientowanym na zadania. Sumienność i ugodowość nie wiązała się ze stylami radzenia sobie.

3.3. Rodzaje stresorów i ich znaczenie w kontekście ADHD

Stresory, czyli czynniki powodujące stres, dzielimy:

1. Ze względu na nasilenie:



- 1.1. Uciążliwości dnia codziennego – określane jako drobne. Najbardziej podatni na tego typu stresory są osoby bez wspierających więzi społecznych i z niską samooceną (DeLongis, Folkman i Lazarus, 1988)
- 1.2. Koncepcja wydarzeń życiowych (Holmes, Rahe, 1967) – określane jako średnie. Panowie opracowali Skale Stresu oraz nadali im punkty (od najsilniej stresującego)
 - 1.2.1. Śmierć współmałżonka – 100 pkt
 - 1.2.2. Rozwód – 73 pkt
 - 1.2.3. Separacja małżeńska – 65 pkt
 - 1.2.4. Kara więzienia – 63 pkt
 - 1.2.5. Śmierć kogoś z rodziny – 63 pkt
 - 1.2.6. Uraz lub choroba – 53 pkt
 - 1.2.7. Zawarcie związku małżeńskiego – 50 pkt
 - 1.2.8. Utrata pracy – 47 pkt
 - 1.2.9. Pogodzenie się z małżonkiem – 45 pkt
 - 1.2.10. Przejście na emeryturę – 45 pkt
 - 1.2.11. Choroba członka rodziny – 44 pkt
 - 1.2.12. Ciąża – 40 pkt

Lista ta liczy 43 pozycje, a znajdują się na niej nawet takie pozycje jak osiągnięcia osobiste, zmiana nawyków snu, urlop czy organizowanie świąt Bożego Narodzenia. Każde takie wydarzenie stawia wymagania i wysiłek adaptacyjny. Są to wydarzenia powszechne, z którymi większość ludzi spotyka się w życiu.

- 1.3. Wydarzenia ekstremalne lub traumatyczne – są to najsilniejsze stresory. Mogą nimi być wojny, klęski żywiołowe, gwałty, przemoc fizyczna czy choroby zagrażające życiu. Stresory te są aktywne, niezależnie od czynników podmiotowych. Zdarzenie traumatyczne zdefiniowane zostało w DSM-IV jako „osoba miała do czynienia z traumatycznym wydarzeniem, jeśli wystąpiły obydwie z poniższych kryteriów: 1) dana osoba przeżyła, była świadkiem lub została skonfrontowana ze zdarzeniem lub zdarzeniami związanymi z rzeczywistą śmiercią lub zagrożeniem życia bądź poważnym zranieniem, zagrożeniem fizycznej integralności własnej czy innych ludzi, 2) reakcja tej osoby obejmowała intensywny strach, poczucie bezradności lub zgrozy (American Psychiatric Association, 1994, za: Lis-Turlejska, 2005, s.18)” (Heszen, 2013, s.143).

2. Ze względu na właściwości czasowe stresora:



- 2.1. Z przebiegiem ograniczonym z czasie – wydarzenia jednorazowe oraz cykliczne.
 - 2.2. O charakterze przewlekłym, bez perspektywy zakończenia – stres chroniczny. Może to być na przykład nieuleczalna choroba bądź opieka nad kimś nieuleczalnie chorym. Stresor jest tu niemożliwy do opanowania, jedynym wyjściem jest wtedy opuścić go (rozwód, rezygnacja, ucieczka), jednak to zazwyczaj prowadzi do tzw. spirali strat (opisanej przez Hobfoll), czyli sekwencji wydarzeń stresowych.
3. Ze względu na lokalizację stresora:
 - 3.1. Wewnętrzna – na przykład wewnętrzny konflikt motywacyjny lub konkretna osobowość. Nie można się od niej uwolnić poprzez ucieczkę.
 - 3.2. Zewnętrzna
 4. Ze względu na kontrolowalność źródła stresu:
 - 4.1. Przewidywalność – osoba wie, że prawdopodobnie czeka na nią sytuacja stresowa.
 - 4.2. Instrumentalność – osoba ma kontrolę nad stresem bądź iluzję kontroli.
 - 4.3. Potencjalna – możliwość kontroli, bez chęci jej wykorzystania.

Osoby z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD) są szczególnie podatne na działanie różnorodnych stresorów, które mogą nasilać objawy zaburzenia i wpływać na ich codzienne funkcjonowanie. Przykładowe traumy i stresory w życiu osoby z ADHD, jako sytuacje wyzwalające (Podgórska-Jachnik, 2019, s.171):

1. Wydarzenia, takie jak:
 - Śmierć w rodzinie
 - Rozwód rodziców
 - Porzucenie
 - Przeżycie wypadku, katastrofy
 - Przeprowadzka
 - Zmiana szkoły/pracy
 - Wykorzystanie seksualne
 - Doświadczenie przemocy, bycie świadkiem przemocy
 - Ciężka choroba, operacja
2. Przeżycia i stany emocjonalne
 - Niska samoocena
 - Brak wiary w siebie
 - Trudności emocjonalne



- Poczucie zagrożenia
- Poczucie odrzucenia,
- Lęki, fobie
- Depresja
- Poczucie bezradności
- Doświadczenie silnego i długotrwałego bólu
- Poczucie deprivacji potrzeb
- Stany silnej frustracji

3. Cechy środowiska

- Brak reguł, zasad
- Brak dyscypliny
- Chaos, nadmiar bodźców
- Brak przewidywalności
- Zagrożenia fizyczne, psychiczne
- Brak stałości
- Brak „bezpiecznej bazy” społecznej
- Zakłócenia w pełnieniu ról w rodzinie
- Brak wymagań lub nadmierne wymagania

Nowe wyzwania adaptacyjne mogą prowadzić do nasilenia objawów ADHD. Osoby z ADHD często doświadczają trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji, co może prowadzić do uczucia izolacji i obniżenia samooceny. Są nadmiernie wrażliwi na krytykę oraz mają trudności w regulacji emocji. Obecność i intensywność stresorów mogą znacząco wpływać na nasilenie objawów ADHD, ponadto chroniczny stres wiąże się z możliwością rozwinięcia się współistniejących zaburzeń, takich jak depresja czy zaburzenia lękowe.

3.4. Specyfika stylów radzenia sobie ze stresem u osób z ADHD

Osoby z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi często doświadczają trudności w radzeniu sobie ze stresem, co wynika z charakterystycznych dla tego zaburzenia deficytów z zakresie funkcji wykonawczych, regulacji emocji oraz impulsywności. W przypadku osób z ADHD można zaobserwować pewne wzorce w tym zakresie.

1. Skoncentrowanie na emocjach – częściej reagują na stres w sposób emocjonalny, co pokazują przez wybuchy złości, frustrację czy lęk. Trudności w regulacji emocji mogą



prowadzić do nasilenia objawów stresu i utrudniać efektywne radzenie sobie z wyzwaniami.

2. Skoncentrowanie na unikaniu – może to prowadzić do kumulacji obowiązków, co w efekcie zwiększa poziom stresu i poczucie przytłoczenia.
3. Skoncentrowanie na zadaniu – występuje w tej grupie rzadziej.
4. Poszukiwanie wsparcia społecznego – może pomóc w redukcji stresu.
5. Aktywność fizyczna i techniki relaksacyjne – regularne ćwiczenia fizyczne, medytacje, mindfulness, joga – pomagają w redukcji napięcia, poprawie nastroju oraz zwiększeniu koncentracji.
6. Strategie behawioralne i organizacyjne – tworzenie list zadań ustalanie priorytetów, wykorzystywanie planerów – pomaga to w radzeniu sobie z codziennymi obowiązkami oraz w redukcji stresu związanego z dezorganizacją.

Osoby z ADHD powinny rozwijać adaptacyjne strategie radzenia sobie ze stresem, które uwzględniają ich specyficzne potrzeby i wyzwania. Praktykowanie koncentracji uwagi (mindfulness) odgrywać może ważną rolę w redukcji objawów związanych z ADHD, a badania naukowe (Napoli 2004; Weijer-Bergsma i in. 2012; Van der Oord, Boegels, Peijnenburg 2012) wykazują jej pozytywne efekty w postaci podnoszenia jakości życia osób praktykujących.

Dodatkowo z badań (Niedokos, Z. 2024) wynika, że osoby z ADHD deklarują większe natężenie odczuwanego stresu oraz większe natężenie objawów psychopatologicznych.

4. Lęk – teoria i praktyka

4.1. Definicje lęku

Lęk – z łaciny *anxietas*, słowo to pochodzi od starogreckiego *angh*, które oznaczało dosłownie „obarczony”, „zatroskany”, używane było jednak w odniesieniu do odczuć cielesnych, takich jak napięcie, ucisk lub dyskomfort. Wiele dokumentów, pism, dzieł sztuki powstałych na przestrzeni wieków udowadniają, że ludzie rozpoznawali lęk jako stan psychiczny, jednak nazywali go inaczej. Dopiero Zygmunt Freud umieścił lęk w centrum jego psychoanalitycznej teorii zaburzeń psychicznych oraz rozpowszechnił pojęcie lęku patologicznego. Według niego lęk jest źródłem większości chorób psychicznych oraz głównym elementem wymagającym do zrozumienia ludzkiej psychiki. Lęk w jego teoriach był stanem naturalnym oraz użytecznym, jak i nękał ludzi w życiu codziennym. Był stanem nieprzyjemności. Od czasów jego też na temat lęku zaczęto lęk opisywać jako zamartwianie się, niepokój, cierpienie i obawę. Freud odróżniał lęk od strachu, określając strach jako mocno powiązany z obiektem strachu, a lęk jako stan niezależny od obiektu, który go wywołuje, stan wyczekiwania na niebezpieczeństwo, przygotowania na nie oraz obawy przed nim, jednak samo źródło nie musi być znane. Wprowadził pojęcia „lęku realnego” – powiązanego z obiektem wywołującym i „lęku neurotycznego”, któremu brak obiektu wywołującego, jednak wywołującego rozproszone i nieokreślone poczucie zbliżającego się niebezpieczeństwa. Według Freuda lęk pochodzi z impulsów opartych na stresujących myślach i wspomnieniach, istniejących poza świadomością, które dzięki mechanizmom obronnym skrywane są właśnie w nieświadomości. Kiedy wyparcie się nie powiedzie dostają się do świadomości, gdzie stają się neurotycznym lękiem. Inni filozofowie tacy jak Martin Heidegger czy Jean-Paul Sartre przedstawiali odmienny pogląd na życie psychiczne, w tym lęk, skoncentrowane na świadomości. Egzystencjaliści postrzegali lęk jako integralną część natury ludzkiej, nie jako zaburzenie (m.in. Kierkegaard w swojej książce „Pojęcie lęku” z 1844 r. rozróżnił strach od lęku, określając ten drugi jako wywoływany przez „nicość”). Kierkegaard (2000, s. 157) uważał, że doświadczanie lęku jest potrzebne w życiu, że bez niego nie ma przyszłości, że „ten kogo ukształtował lęk, został uformowany za pośrednictwem możliwości”. Jego zdaniem dzięki lękowi można osiągnąć sukces, co zostało potwierdzone przez badania udowadniające, że istnieje korelacja między lękiem a poznaniem – kiedy lęku jest mało to brakuje motywacji, jednak, gdy jest go za dużo, to pojawiają się trudności. Według Davida Barlowa, bez lęku „ucierpiałyby osiągnięcia atletów, artystów, kierowników, rzemieślników i studentów; zmniejszyłaby się kreatywność; rośliny mogłyby nie zostać posadzone. I wszyscy



osiągnęlibyśmy ten od dawna pożądany w naszym szybko żyjącym społeczeństwem idylliczny stan, spędzając życie w cieniu drzewa. Byłoby to równie zabójcze dla gatunków co bomba atomowa”.

Lęk jako cecha jest konstruktorem teoretycznym, oznacza nabytą dyspozycję behawioralną (wewnętrzna), która czyni jednostkę podatną na postrzeganie szerokiego zakresu obiektywnie niegroźnych sytuacji jako zagrażające i reagowanie na nie stanem lęku, nieproporcjonalnie silnymi w stosunku do wielkości obiektywnego niebezpieczeństwa. Lęk jako cecha jest dyspozycją lękowego sposobu reagowania. Jako stan lęk charakteryzuje się subiektywnymi, świadomie postrzeganymi uczuciami obawy i napięcia, którym towarzyszy związane z nimi pobudzenie układu nerwowego. Cechą charakterystyczną tego rodzaju lęku jest jego duża zmienność pod wpływem oddziaływania różnego rodzaju czynników zagrażających.

Lęk jest jednym z uczuć, które odczuwa każdy człowiek, jednak czasem staje się nieadaptacyjny, nadmierny w intensywności, częstotliwości, długości, powodując poczucie nieszczęścia, co dalej nazywane jest zaburzeniami lękowymi. Kształtowanie się osobowości lękowej związane jest z wczesnym okresem dzieciństwa, relacjami zachodzącymi w tym okresie między dzieckiem a rodzicami. Osoby odczuwające lęk zawyżają poziom niebezpieczeństwa sytuacji oraz nie doceniają własnych umiejętności radzenia sobie z nim. Osoby z zaburzeniami lękowymi żyją w poczuciu ciągłego zagrożenia, co niesie konsekwencje zarówno psychiczne jak i fizyczne. Zadaniem lęku jako emocji jest przygotowanie organizmu człowieka do działania. Pobudza ciało, wyostrza zmysły, koncentruje umysł na dostrzeżeniu oznak niebezpieczeństwa, co powoduje, że osoba ta jest w stanie zwalczyć niebezpieczeństwo, bądź od niego uciec. Lęk może zwiększać ryzyko chorób serca, stać się przyczyną kłopotów żołądkowych, otyłości, problemów oddechowych, jak i również może osłabiać system immunologiczny. Kortyzol (jeden z hormonów lęku) może powodować kurczenie się niektórych obszarów mózgu. Lęk może utrudniać koncentrację, zapamiętywanie informacji, może sprawić poczucie rozdrażnienia, wyczerpanie oraz skłonność do irytacji. Inne symptomy uczucia lęku to: dysocjacja, fale gorąca, nadmierna potliwość, mdłości, nierównomierne bicie serca, palpacje, uczucie roztrzęsienia, lęk przed śmiercią, lęk przed utratą kontroli, wrażenie duszenia się, kłopoty z przełykaniem, wrażenie braku powietrza, zawroty głowy i zaburzenia równowagi. Predyspozycje do odczuwania lęku mogą być dziedziczne, jednak nabywane są również przez wpływ środowiska. U osób neurotycznych (neurotyzm jako cecha charakteru, związana jest z uczuciem niepokoju) zaobserwowano większą reaktywność przedmózgowia (odpowiadającego za prymitywne reakcje emocjonalne wobec pojawiających się



niebezpieczeństw), niż u osób zrównoważonych emocjonalnie. Niektóre przekonania i dysfunkcyjne założenia tworzyć się mogą jednak przez niektóre przekazy otrzymywane w dzieciństwie. Niektóre osoby stają się bardziej podatne na niektóre sugestie.

Niektóre zachowania mieszczą się w normie lęku powszedniego, inne oświadczają zaburzenia lękowe. W normie jest zamartwianie się rachunkami, znalezieniem pracy, zażenowanie w niekomfortowej sytuacji, nerwy przed dużym testem, prezentacją, występem publicznym. Normalne jest odczuwanie niepokoju przed realnym niebezpieczeństwem, upewnianie się o życiu z dala od niego, jak również lęk, smutek bądź problemy ze snem, chwilę po traumatycznej sytuacji. Zachowania świadczące o zaburzeniach lękowych to między innymi: ciągłe i nieuzasadnione obawy powodujące poczucie nieszczęścia oraz zakłócające codzienne funkcjonowanie, unikanie ludzi z obawy o krytykę, ataki paniki, irracjonalne lęki i unikanie wszystkiego co stanowi nierealne zagrożenie, natręctwa, roztrząsanie traumatycznych zdarzeń sprzed dłuższego czasu oraz koszmary, flashbacki na ich temat.

Między lękiem a strachem istnieje bliski związek, którego głównym czynnikiem łączącym jest to, że oba zależą od mózgowych mechanizmów wykrywających i reagujących na zagrożenie dobrostanu (LeDOUX, 2024, s. 53). Jakikolwiek zagrożenie przygotowuje do walki lub ucieczki. Reakcja walki lub ucieczki jest obronną reakcją alarmową na nadchodzące zagrożenie sprawiającą, że osoba doświadczająca tego zaczyna funkcjonować „na wysokich obrotach”. Reakcja ta pomaga osobie przetrwać w sytuacji zagrożenia. Osoby, które mają nadmierną czujność (nadwrażliwość na zagrożenie) nie potrafią również adekwatnie ocenić poziomu niebezpieczeństwa, przez co ciągle monitorują środowisko chcąc zrozumieć, dlaczego czują niepokój. Strach przez lata był redefiniowany, ewoluował w koncepcjach psychologicznych, był opisywany jako bardziej lub mniej świadomy. Zdaniem autora książki Lęk – Josepha LeDoux (2024, s. 57), strach jest świadomym uczuciem, który może budzić świadome, lub nieświadome procesy. Strach jego zdaniem pojawia się, kiedy stajemy się świadomi, że nasz mózg nieświadomie wykrył zagrożenie. Staje się on wtedy odpowiedzią na konkretne, realne zagrożenie. Jego charakter jest adaptacyjny i ochronny, jest mechanizmem przetrwania. Zwykle bywa krótkotrwały a ustępuje, gdy znika zagrożenie. Może wywoływać podobne reakcje fizjologiczne co lęk, jednak natychmiast mobilizuje osobę (walcz lub uciekaj).

Cztery sposoby odczuwania lęku (LeDOUX, 2024, s. 434):

1. Obawa w obliczu obecnego lub nadchodzącego zagrożenia zewnętrznego i jego konsekwencji dla fizycznego i/lub psychologicznego dobrostanu jednostki.



2. Spostrzeganie doznań cielesnych, obawa przed nimi oraz przed tym co mogą one oznaczać dla fizycznego i/lub psychologicznego dobrostanu jednostki.
3. Myśli i wspomnienia mogące prowadzić do obaw dotyczących fizycznego i/lub psychologicznego dobrostanu jednostki.
4. Myśli i wspomnienia mogące skutkować egzystencjalnym lękiem, takim jak obawy dotyczące sensu życia lub możliwości śmierci.

Według przeprowadzonych badań (Strelau, Zawdzki, 1998) nasilenie lęku jako cechy oraz jako stanu, łączy się z neurotycznością i reaktywnością emocjonalną, a z innymi cechami osobowości (ekstrawersja, kłamstwo-aprobata społeczna, inteligencja emocjonalna) się przeciwstawia. Sprawdzono również korelację między odczuwanym lękiem a sposobami radzenia sobie ze stresem, badania wykazały, że wysoki lęk jest skorelowany ze skupianiem się na negatywnych emocjach. Niski lęk charakteryzuje osoby, które częściej stosują styl skoncentrowany na zadaniu (zrozumienie sytuacji pozwala im znaleźć sposób rozwiązania problemu). Dodatkowo osoby z wysokim poziomem lęku niechętnie szukają pomocy u innych ludzi oraz kontaktu z nimi (Sosnowski i in., 2011, s.36). Szukano również korelacji między lękiem jako cechy i stanu z poziomem inteligencji, jednak wykazano słaby związek. Osoby z wysokim poziomem lęku jako predyspozycji mogą mieć problemy ze skutecznym uczeniem się, co może hamować rozwój inteligencji skryzalizowanej. Jeśli chodzi o badania dotyczące korelacji lęku jako stanu z inteligencją, wnioski są takie, że wysoki stan lęku może zaburzać myślenie, co uniemożliwi badanemu prawidłowe wykonanie testu na inteligencję. Osoby z wysokim natężeniem lęku mają małą zdolność do odczytywania, rozumienia i zarządzania emocjami (korelacje z INTE), nie potrafią efektywnie działać w sytuacjach trudnych, zagrażających czy wymagających długotrwałego wysiłku, nie potrafią całkowicie kontrolować swojego zachowania, łatwo się rozpraszają, słabo adaptują się do zmieniających warunków i są chwiejne emocjonalnie, mają skłonność do długiego utrzymywania stanów emocjonalnych, są mało aktywne (korelacje z PTS). Osoby te są bardziej wrażliwe emocjonalnie, w stresie są napięte i mają obniżoną wytrzymałość, długo przeżywają przeszłe wydarzenia, mają niską wrażliwość sensoryczną, reagują bardzo emocjonalnie nawet na mało istotne zdarzenia, załamują się w sytuacjach stresowych, są spięte, zmienne w zachowaniu, niedojrzałe emocjonalnie i wycofujące się (korelacje z FCZ-KT), mają obniżony poziom kompetencji społecznych, gorzej radzą sobie w sytuacjach intymnych, wymagających asertywności i wtedy, gdy muszą przemawiać w miejscu publicznym (korelacje z KKS). Są nieprzystosowane społecznie, okazują się jako nieszczęśliwe, nieasertywne, sfrustrowane, z problemami w

kontaktach społecznych (korelacje z RISB), nie potrafią sobie skutecznie radzić ze stresem (korelacje z CISS), w trakcie wykonywania trudnych i złożonych zadań mogą mieć obniżoną sprawność intelektualną (korelacje z APIS i WAIS), bywają zniechęcone, obawiają się o przyszłość, są wrażliwe i nieśmiałe, niepewne, boją się wyzwań, są nerwowe, konserwatywne, niedojrzałe, nieufne, uległe, brakuje im życiowej odwagi, unikają konfrontacji (korelacje z ACL). Dodatkowo są neurotyczne, przejawiają zwiększoną skłonność do uzależnień oraz do przestępstw, są introwertykami (korelacje z EPQ-R). Kobiety z wysokim lękiem wykazują skłonność do ryzyka (przejaw impulsywności), a mężczyźni mają wysoki poziom empatii (korelacje z IVE) (Sosnowski i in., 2011, s. 40-48). Z wyników badań przeprowadzonych STAI na próbie kobiet wynika, że najwyższym poziomem lęku jako stanu charakteryzują się kobiety w wieku 41-54 lat, następnie u dziewcząt 16-letnich. U mężczyzn wyniki w każdej grupie wiekowej były zbliżone. W tych samych badaniach, jednak lęku jako cechy, wykazano wzrost tej predyspozycji u mężczyzn od lat 41, niż w latach młodszych. Takie same wyniki uzyskano na grupie kobiet. Dodatkowo wykazano, że grupa kobiet charakteryzuje się wyższym poziomem lęku niż mężczyzn. W grupie mężczyzn wykształcenie nie różnicowało natężenia lęku, jednak u kobiet wyższy poziom wykształcenia łączył się z niższym poziomem lęku (Sosnowski i in., 2011, s.68-75).

4.2. Klasyfikacja zaburzeń lękowych

W zaburzeniach psychicznych lęk przybiera różne postacie i różne jest jego nasilenie. Jego głównym przykładem może być lęk nerwicowy, który jest bezprzedmiotowy – bez wiedzy jaki jest obiekt naszego lęku, nie rozumiejąc na czym polega, dlatego jego zasadniczą cechą jest nieświadomość. Przy mocnych nasileniach paraliżuje on jednostkę, zamykając w teraźniejszości. Poniękąd jest on chroniący, jednak zatrzymuje postęp. Człowiek traci pewność siebie i otaczającego go świata. Drugą formą lęku nerwicowego są ataki lękowe, gdzie lęk znajduje się w skoncentrowanej postaci, a ponieważ nasilenie go jest bardzo duże, to nie ma charakteru ciągłego jak w przypadku nieokreślonego niepokoju. Trwa od kilku minut do kilku godzin. Może być silniejsze niż przeżycie lęku w sytuacji realnego zagrożenia, a chory ma wrażenie, że zaraz umrze, zwariuje, a racjonalizowanie nie pomaga. Napadowi lęku towarzyszą objawy somatyczne, takie jak rozszerzone źrenice, powiększone szpary powiek, może wystąpić lekki wytrzeszcz oczu, bladość albo zaczerwienienie twarzy, przyspieszone tętno, podwyższone ciśnienie krwi, wyschnięte usta, trudności z przełykaniem śliny. Następują również zmiany biochemiczne, takie jak skrócony czas krzepnięcia krwi, wzrost adrenaliny i noradrenaliny we krwi, podwyższenie się poziomu cukru. Wszystkie te objawy zwiększają



nasilenie lęku, co daje efekt błędnego koła. Lęk ten mija tak samo jak powstał – bez uchwytnej przyczyny, ustając stopniowo lub nagle, zazwyczaj połączony z uczuciem dużego zmęczenia i ulgi (Kępiński, 2014).

Kolejnym rodzajem lęku nerwicowego jest lęk anankastyczny, zdarzający się przede wszystkim w nerwicy natręctw, w fobiach, ale też w natrętnych i przymusowych czynnościach. Krystalizuje się on wokół tematów absurdalnych, obojętnych lub luźno związanych z genezą lęku, a może się objawiać na przykład obawą przed zabrudzeniem, dotknięciem czegoś, przed otwartą lub zamkniętą przestrzenią, pewnych zwierząt, zaczerwienienia się, natrętnych myśli, czynności przymusowych, a objawy te są powtarzalne (Kępiński, 2014, s. 24). Występuje zazwyczaj u osób obsesyjnych, psychastenicznych lub infantylnych, dla których niemożliwym jest nawiązanie właściwego stosunku uczuciowego z otoczeniem, a osoby te wyglądają jakby bały się własnych uczuć, dlatego w obronie przed własnymi emocjami budują sobie obronę w formie nakazów i zakazów, które chronią ich przed ich żywiołowymi uczuciami. Żyją bardziej z poczucia obowiązku niż dla przyjemności. Objawy są dla nich okazywaniem wszystkich zalegających uczuć.

Innym lękiem wartym opisania jest lęk hipochondryczny, dotyczący ciała człowieka. Kiedy ciało jest zdrowe (soma), to duch (psyche) może żyć spokojnie. Kiedy jednak ciało zaczyna szwankować, to samo dzieje się z duchem. Jest to definicja niebiologiczna, jednak używana szeroko w kulturze i nawet psychologii. Lęk pojawiać się może wtedy, gdy sygnały wysyłane z ciała są nieznane bądź trudne do odczytania, jako że ludzka świadomość nie przenika do ciała. Łączy się z tym również strach przed śmiercią, występujący w największej intensywności u osób starszych i w sytuacjach ekstremalnych. Jednak to strach przed śmiercią warunkuje większość mechanizmów obronnych człowieka. Dzięki niemu żywe stworzenia lepiej przystosowują się do trudnych warunków życia. W wypadku zagrożenia życia bądź gatunku lęk jest uczuciem zrozumiałym. Obok lęku przed śmiercią, lęk przed chorobą psychiczną jest w nerwicach częstym tematem napięcia lękowego. Chory czuje jakby za chwilę miał zwariować, ma chaos w myślach, nie potrafi ich uporządkować. W jego głowie uczucia lęku, nienawiści, pokrzywdzenia, przerastają w większe wymiary, które mogą przerażać jednostkę. Chciałby przed tym uciec. Tak jak przy lęku przed śmiercią, objawy mogą robić się lżejsze w obecności innych osób, a samotność może je potęgować. Lęk przed samotnością również bywa lękiem powszechnym, osoby mogą bać się zostać napadniętymi, zgwałconymi, zabitymi, co skutkuje barykadowaniem się, jednak nie zmniejsza ich napięcia lękowego. Są przewrażliwione słuchowo, nasłuchują nadejścia niebezpieczeństwa.



Lęk jest istotną składową każdego zespołu depresyjnego. W lżejszych depresjach ma on charakter nerwicowy, jest niepokojem często połączonym z uczuciami agresywnymi, w głębszych natomiast charakter jego może być psychotyczny (Kępiński, 2014, s. 148). Na nasilenie się lęków w depresji wpływa swoista dla obniżenia dynamiki życiowej intercja procesów psychicznych, która subiektywnie jest odczuwana jako ciężkość, która przy normalnej dynamice życiowej może przewycięzać lęk i wkraczać w sytuację zagrożenia, lub wycofać się z niej. Struktury czynnościowe w depresji nie ulegają normalnej wymianie i zalegają, przez co jednostka nie może oderwać się od nękających go smutnych i lękliwych, myśli i czuć. W zwiększonej dynamice życiowej wzrasta zmienność struktur czynnościowych i dzięki temu lęk nie ma szans utrzymać się dłużej. Tak samo jak w okresach bezczynności lęk wzrasta, a w okresach aktywności maleje.

W lęku schizofrenicznym lęk zajmuje centralną pozycję w przeżyciach chorego. Jego geneza jest różnorodna, a nasilenie przekracza rozumienie. Lęk ten przekracza wymiary sygnału lękowego występujące w sytuacjach największego zagrożenia. Prowadzi od również do przekształcania obrazu otaczającego świata i własnej osoby, z czego tworzą się struktury urojeniowe i omamowe. Lęk społeczny, typowy dla okresu przedchorobowego w schizofrenii, gwałtownie narasta z chwilą wybuchu psychozy, otoczenie społeczne nabiera niezwykłych cech, które poczucie lęku potęgują. Dla chorego ludzie otaczający go stają się groźni, nadludzy, z super siłami, tworzą tajemnicze spiski, podsłuchują, wydają na odległość rozkazy, którym chory nie może się przeciwstawić, osądzają, patrzą i obserwują, znają wszystkie myśli chorego. Psychoza potęguje wszystkie lęki dotychczasowe lęki przed ludźmi, a na powierzchnię wypływają wszystkie zapomniane urazy, wyolbrzymione postacie osób ważnych, zwłaszcza z dzieciństwa, kiedy widzi się dorosłych w zniekształconych proporcjach (Kępiński, 2014, s. 180). Lęk upraszcza skomplikowane związki społeczne do prostego schematu obronnego, w strachu przed zagładą, z tego powodu chory skazuje się na samotność, która jest też źródłem schizofrenicznego lęku.

Zespoły psychoorganiczne dzieli się na trzy grupy: ostre (zamąceniowe), przewlekłe (otępienne) i charakteropatyczne. W ostrych i przewlekłych główne są zaburzenia pamięci, w grupie charakteropatycznej są to procesy hamowania, wybuchowość, impulsywność, emocjonalność. We wszystkich grupach występuje lęk o różnej postaci i genezie. W zespołach ostrych jest to lęk dezintegracyjny, powodowany przez poczucie chaosu, bezradność i przenikanie marzeń sennych do jawy. Lęk wzmacnia dezorganizację przeżyć psychicznych, a ta wpływa na wzrost lęku. W przewlekłych zespołach psychoorganicznych lęk jest słabszy, a



głównym jego źródłem jest bezradność. Chory w ograniczonym otępieniu żyje w stałym niepokoju nie rozumiejąc co się dzieje wokół. Lęk w padaczce jest zjawiskiem częstym i jego nasilenie jest duże, może następować po ataku. W padaczce skroniowej może być jedynym objawem wyładowania padaczkowego.

Oligofrenia polega na obniżeniu pułapu wydolności ośrodkowego układu nerwowego, gdzie możliwości wytwarzania struktur czynnościowych są mniejsze, a metabolizm informacyjny uboższy. Reakcje lękowe i lękowo agresywne są tutaj w znacznej mierze wynikiem zubożenia w możliwościach tworzenia struktur czynnościowych. Ma on swoje źródło również w niemożności zrozumienia otaczającego świata, zwłaszcza społecznego (Kępiński, 2014, s. 205).

Lęk jest jedną z podstawowych przyczyn urojenia i jest reakcją na urojeniowe przekształcenie świata (lęk dezintegracyjny, analogiczny do tego w schizofrenii). Istotą urojenia jest wypaczenie obrazu rzeczywistości, a tworzy się ono przede wszystkim na nieznanym obszarze życia społecznego.

Lęk biologiczny, czyli lęk związany z własnym ciałem, często koncentruje się na wybranej chorobie. W małych dawkach może działać mobilizująco na procesy integracyjne ustroju, jednak w dużych dawkach dezintegrująco. Może pochodzić z zewnątrz (lęk przedmiotowy - strach), kiedy znamy niebezpieczeństwo, lub od wewnątrz. Lęki na podłożu seksualnym można zaliczyć do lęków biologicznych. Występują one najczęściej w postaci gwałtownych ataków lękowych lub stałego napięcia lękowo-agresywnego.

Początkowo (połowa XX w.) w kryteriach diagnostycznych DSM (Diagnostyczny i Statystyczny Podręcznik pochodzący ze Stanów Zjednoczonych) dzielono zaburzenia psychiczne na psychozy (w których występują zaburzenia myśli, neurozy, halucynacje, brak zdolności do funkcjonowania w codziennym życiu) i neurozy (stany, w których występowało cierpienie, jednak bez zaburzeń myślenia, w tym zaburzenia lękowe, fobie, nerwicę obsesyjną i nerwicę wojenną). Kolejno w DSM-III w 1980 r. podzielono nerwicę lękową na zespół lęku uogólnionego oraz zespołu lęku napadowego (wydzielono je na podstawie badań prowadzonych przez Donalda Kleina (LeDOUX, 2024, s. 46). Lęk uogólniony (GAD – generalized anxiety disorder) obejmuje zamartwianie się, nerwowość, obawy, osoby cierpiące na niego odczuwają długotrwałe, niekontrolowane i nadmierne obawy oraz napięcia związane z ich codziennym życiem. Lęk napadowy (panic disorder) są to krótkotrwałe, intensywne ataki, w których osoba obawia się, że umiera. W DSM-IV z 1994 r. pojawiły się fobie specyficzne i



fobie społeczne, dodano zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (obsessive-compulsive disorder – OCD), zespół stresu pourazowego (posttraumatic stress disorder – PTSD; zastąpił on wcześniejszą nerwicę wojenną). W 2014 r. wydano DSM-V, gdzie „zaburzenia lękowe” obejmują lęk uogólniony, paniczny oraz inne schorzenia (fobie specyficzne, społeczne, oraz inne w których dominuje strach). PTSD zostaje wyłączone z zaburzeń lękowych, a dołączone do „zaburzeń związanych z traumą i stresem”, a OCD do „zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych i podobnych”.

Zaburzenia lękowe są klasyfikowane w różnych systemach diagnostycznych, takich jak DSM-5, DSM-5-TR, ICD-10 i ICD-11 (American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR), World Health Organization. (1992). International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10), World Health Organization. (2019). International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11), WHO Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for ICD-11), z przypisanymi odpowiednimi kodami. Poniżej przedstawiono kody dla wybranych zaburzeń lękowych w tych klasyfikacjach:

- Uogólnione zaburzenie lękowe (GAD)
 - DSM-5 i DSM-5-TR: Kod 300.02
 - ICD-10: Kod F41.1
 - ICD-11: Kod 6B00
- Zespół lęku panicznego (lęk napadowy)
 - DSM-5 i DSM-5-TR: Kod 300.01
 - ICD-10: Kod F41.0
 - ICD-11: Kod 6B01
- Agorafobia
 - DSM-5 i DSM-5-TR: Kod 300.22
 - ICD-10: Kod F40.0
 - ICD-11: Kod 6B02
- Fobia specyficzna
 - DSM-5 i DSM-5-TR: Kod 300.29
 - ICD-10: Kod F40.2
 - ICD-11: Kod 6B03
- Fobia społeczna (zaburzenie lęku społecznego)

- DSM-5 i DSM-5-TR: Kod 300.23
- ICD-10: Kod F40.1
- ICD-11: Kod 6B04
- Lęk separacyjny
 - DSM-5 i DSM-5-TR: Kod 309.21
 - ICD-10: Kod F93.0
 - ICD-11: Kod 6B05
- Mutyzm wybiórczy
 - DSM-5 i DSM-5-TR: Kod 313.23
 - ICD-10: Kod F94.0
 - ICD-11: Kod 6B06
- Zaburzenie lękowe indukowane substancją/lekiem
 - DSM-5 i DSM-5-TR: Kod 293.84
 - ICD-10: Kod F10-F19 z dodatkowym oznaczeniem dotyczącym lęku
 - ICD-11: Kod MB23.5
- Zaburzenie lękowe spowodowane innym stanem medycznym
 - DSM-5 i DSM-5-TR: Kod 293.84
 - ICD-10: Kod F06.4
 - ICD-11: Kod 6B0Y
- Zaburzenie obsesyjno-kompulsywne (OCD) – zaliczone do innej kategorii (zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych) niż zaburzenia lękowe, jednak nadal bliskie
 - DSM-5 i DSM-5-TR: Kod 300.3
 - ICD-10: Kod F42
 - ICD-11: Kod 6B20
- Zespół stresu pourazowego (PTSD) – sklasyfikowane jako zaburzenie związane z traumą i stresem, jednak nadal blisko powiązane z lękiem
 - DSM-5 i DSM-5-TR: Kod 309.81
 - ICD-10: Kod F43.1
 - ICD-11: Kod 6B40
- Zaburzenie adaptacyjne z dominującym lękiem
 - DSM-5 i DSM-5-TR: Kod 309.24
 - ICD-10: Kod F43.22
 - ICD-11: Kod 6B43



- Zespół lęku nocnego – częściowo związany z lękiem uogólnionym i zaburzeniami snu
 - DSM-5 i DSM-5-TR: klasyfikowane jako GAD lub parasomnia
 - ICD-10: Kod F51.0 (zaburzenia snu nieorganiczne)
 - ICD-11: Kod 7A03 (parasomnia)
- Zaburzenie somatyzacyjne z komponentem lękowym
 - DSM-5 i DSM-5-TR: Kod 300.82
 - ICD-10: Kod F45.3
 - ICD-11: Kod 6B25

Przykładowe opisy zaburzeń lękowych:

Lęk napadowy (uczucie paniki) – wiele symptomów uczucia lęku naraz. Atak paniki trwa zazwyczaj kilka minut. Osoba przekonana jest, że przez odczuwane symptomy dzieje się z nią coś złego, co prowadzi do pogłębienia symptomów i powtarzalności cyklu. Powtarzają się zachowania i myśli unikowe, osoba uważa że traci kontrolę, zmysły i może mieć poczucie zbliżającej się śmierci. Objawy fizjologiczne towarzyszące atakom paniki to między innymi duszności, uczucie dławienia się, zawroty głowy, ból w klatce piersiowej, problemy z układem trawiennym.

Fobia społeczna – Ogromny lęk przed negatywną oceną społeczeństwa. Występuje w pewnych bądź we wszystkich sytuacjach społecznych. Towarzyszy im lęk przed poniżeniem, byciem pod ciągłą obserwacją, osoby te obawiają się, że mogą wyjść na głupie, bądź niezdarne. W sytuacjach lękowych zastygają, może pojawić się kołatanie serca, pocenie się, czerwienienie, drżący głos, zaburzenia żołądkowo-jelitowe. U osób tych pojawiają się zachowania i myśli unikowe.

Fobie specyficzne – są to fobie przed konkretnymi rzeczami, postaciami, sytuacjami. W sytuacjach lękowych pojawia się kołatanie serca, drżenie, pocenie się, zaburzenia układu pokarmowego. Osoba jest przerażona, przez co może zastygać behawioralnie i psychicznie, obawia się danej rzeczy, sytuacji i szuka sposobów by jej unikać. Przykładowe fobie specyficzne to: agorafobia (lęk przed otwartymi przestrzeniami oraz znajdowaniu się poza swoją strefą komfortu), arachnofobia (lęk przed pajakami), oraz inne specyficzne fobie, które rozwinąć się mogą na skutek zetknięcia się z dowolnym obiektem bądź poprzez naukę od innych.

GAD (generalized anxiety disorder) - Zespół lęku uogólnionego. Jest to stan uporczywego odczuwania lęku i pobudzenia, które utrzymuje się powyżej sześciu miesięcy. Nie występują



tam napady paniki, obsesji czy innych fobii. Osoba doświadczająca GAD martwi się jednocześnie o wiele spraw, a lęk jest na tyle intensywny, że utrudnia funkcjonowanie, oczekują bowiem cały czas nadchodzącego niebezpieczeństwa, bądź negatywnych rezultatów swoich działań. Pojawiają się zachowania i myśli unikowe. Zagrożenia wydają im się bardziej realne, nie potrafią obiektywnie określić poziomu bezpieczeństwa danej sytuacji. Spośród objawów fizjologicznych znajdują się zaburzenia snu, zmęczenie, bóle głowy, zaburzenia układu pokarmowego. Osoby te mają wielkie trudności w zrelaksowaniu się.

PTSD (posttraumatical stress disorder) – Zespół stresu pourazowego. Doświadczając go mogą osoby po mocno traumatycznych wydarzeniach życiowych. Cierpiący na PTSD często starają się unikać bodźców kojarzących się z pierwotną traumą, co powodować może znaczne pogorszenie się samopoczucia lub upośledzenie społecznych, zawodowych lub innych obszarów funkcjonowania. Jest w nich wiele złości, strachu, wstydu, wyobcowania. Czują się rozdrażnione, mają negatywne myśli i przekonania na swój temat. Często wracają do traumatycznego wydarzenia myślami. Nadmierna czujność i koncentracja na zagrożeniu sprawiają, że osoba ta żyje w ciągłym napięciu. Z objawów fizjologicznych wyróżnić można zaburzenia snu oraz wzmożony odruch wzdrygnięcia. W DSM-V nie jest połączone już z zaburzeniami lękowymi, jednak warto o nim wspomnieć.

OCD (obsessive compulsive disorder) – Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne. Cechują ją natrętne myśli i przymusowe zachowania. Osoby cierpiące na to zaburzenie tworzą swoje rytuały, by poradzić sobie z lękiem (zneutralizować, bądź go zmniejszyć). Uleganie kompulsjom powoduje ich nasilenie. W DSM-V nie jest połączone już z zaburzeniami lękowymi, jednak warto o nim wspomnieć.

Wyzwalacze lęku mogą być bardzo różne od osoby do osoby, jednak główne stresogenne (lękowe) sytuacje życiowe to: ciąża, konflikt domowy, pobyt w więzieniu, pożar (poparzenie), przejście na emeryturę, rozwód i separacja, ślub, śmierć partnera życiowego, śmierć członka rodziny, wypadek lub choroba (Briers, 2011, s. 135). Lista ta pokazuje, że nie tylko negatywne sytuacje życiowe tworzą stres i lęk. Objawy lęku mogą być potęgowane przez stymulatory tj. kofeina, narkotyki. Problemy zdrowotne tj. kłopoty z sercem, nadczynność tarczycy, hipoglikemia mogą również wzmocnić ukryte reakcje lękowe.

4.3. Mechanizmy powstawania i utrzymywania się lęku

Struktury mózgu odpowiadające za procesy odpowiadające za lęk to kora mózgowa i ciało migdałowate. Kiedy zmysły odbierają informacje z otoczenia, trafia ona do wzgórza, skąd dalej



wysyłana jest do ciała migdałowatego oraz innych obszarów kory mózgowej. Ciało migdałowate uruchamia różnego rodzaju reakcje obronne (bez ingerencji wyższych struktur mózgu, czyli bez myślenia). Pierwszą reakcją, następującą po aktywacji osi podwzgórze-przysadka-nadnercza (wytwarza się hormon stresu) jest reakcja ucieczki lub walki – ciśnienie krwi wzrasta, źrenice się rozszerzają, może nastąpić znieruchomienie, wzdrygnięcia, pot. U osób cierpiących na zaburzenia lękowe, mechanizmy mózgowe odpowiadające za przetwarzanie zagrożenia i kontrolę reakcji ulegają zmianie. Obserwuje się nadaktywność prawej koły przedczołowej, a małą aktywność lewej części kory przedczołowej. Osoby lękowe przejawiają (wg Grupe i Nitschke): uwagę skoncentrowaną silniej na zagrożeniu, zaburzenia w rozróżnianiu zagrożenia i bezpieczeństwa, wzmożone unikanie możliwych zagrożeń, zawyżone szacowanie prawdopodobieństwa zagrożenia i jego konsekwencji, wzmożoną reaktywność na niepewność zagrożenia, zakłóconą kontrolę poznawczą i behawioralną podczas obecności zagrożenia (LeDOUX, 2024, s. 199).

Pokonywanie lęku określić można jako odwagę, albo bohaterstwo (w zależności od rangi). Mechanizmy redukujące lęk przedmiotowy, to na przykład: zmniejszanie się lęku przy czasowym i przestrzennym zbliżaniu się do przedmiotu zagrażającego, przyzwyczajanie, zmniejszające zniekształcenie przedmiotu zagrażającego, redukcję lęku pod wpływem celu

4.4. Lęk w kontekście ADHD – perspektywa kliniczna

ADHD jest często związane z występowaniem innych zaburzeń psychicznych, a zaburzenia lękowe należą do najczęstszych współistniejących diagnoz. Badania wskazują, że u nawet ok. 25% (Michielsen i in., 2013, s. 220 -227) osób ze zdiagnozowanym ADHD występują zaburzenia lękowe, takie jak GAD, lęk społeczny, OCD, fobie społeczne. Przez trudności z planowaniem i przewidywaniem konsekwencji osoby te mogą odczuwać wzmożony stres i lęk przed porażkami. Dodatkowo osoby te mogą być bardziej podatne na nadmierną stymulację, co wywołuje poczucie przytłoczenia i lęk.

Cechy wspólne w obydwu zaburzeniach to:

- Problemy z zasypianiem,
- Unikanie niektórych sytuacji społecznych lub zawodowych,
- Unikanie podejmowania nowych wyzwań,
- Poczucie rozdrażnienia,
- Mają podobny wzorzec unikania.



Czynniki ułatwiające rozróżnienie to:

- Impulsywność – charakterystyczna dla ADHD, nie dla zaburzeń lękowych,
- Podwyższony poziom obaw, częste martwienie się lub strach dotyczący przyszłości – charakterystyczny dla zaburzeń lękowych. Jednak osoby z zaburzeniem hiperkinetycznym również mogą się przesadnie zamartwiać,
- Epizody paniki – nie należą do typowych symptomów ADHD,
- Objawy somatyczne lęku, takie jak szybkie bicie serca, pocenie się, krótki oddech, zawroty głowy, nudności.



5. Związki między ADHD, stresem, lękiem i stylami radzenia sobie

5.1. Teoretyczne podstawy relacji między zmiennymi

ADHD jako zaburzenie neurorozwojowe, charakteryzuje się deficytami w zakresie uwagi, nadmiernym pobudzeniem oraz impulsywnością. W literaturze podkreśla się, że cechy te mają istotny wpływ na sposób doświadczania i regulacji stresu i lęku. Stres, definiowany jako reakcja organizmu na wymagania środowiska, może być szczególnie nasilony u osób z ADHD, ze względu na trudności w zarządzaniu codziennymi zadaniami, regulacją emocji oraz budowaniem relacji międzyludzkich.

Modele teoretyczne relacji między ADHD, stresem i lękiem uwzględniają:

- Model samoregulacji emocjonalnej (Barkley, 1997), który zakłada, że ADHD wiąże się z deficytami w zakresie kontroli emocji i impulsywności, co sprzyja intensywniejszemu przeżywaniu stresu. Barkley sugeruje, że deficyty w hamowaniu behawioralnym wpływają na funkcje wykonawcze, takie jak pamięć robocza, wewnętrzna mowa oraz regulacja emocji, motywacji i pobudzenia.
- Model wrażliwości na stres (Selye, 1976), wskazujący, że osoby z ADHD mogą być bardziej podatne na negatywne skutki stresu ze względu na zaburzenia neurobiologiczne, zwłaszcza w układzie dopaminergicznym i noradrenergicznym. Selye wprowadził pojęcie „ogólnego zespołu adaptacyjnego”, opisującego trójfazową reakcję organizmu na stresory: fazę alarmową, fazę odporności i fazę wyczerpania.
- Teoria transakcyjna stresu i radzenia sobie (Lazarus i Folkman, 1984), podkreślająca rolę ocen poznawczych oraz strategii radzenia sobie. U osób z ADHD częściej obserwuje się mniej adaptacyjne strategie, takie jak unikanie czy wybuchy emocjonalne.

Lęk jako stan emocjonalny charakteryzujący się napięciem i niepokojem, często współwystępuje z ADHD. Teoretyczne podstawy tych relacji wskazują na wspólne mechanizmy neurobiologiczne (np. dysfunkcje w korze przedczołowej i układzie limbicznym), które sprzyjają występowaniu obu zaburzeń.

5.2. Dotychczasowe badania i ich wyniki

Dotychczasowe badania epidemiologiczne wskazują, że współwystępowanie ADHD i zaburzeń lękowych jest bardzo częste. Według metaanaliz (Kessler i in., 2006), szacowane rozpowszechnienie zespołu nadpobudliwości psychoruchowej wynosi 4,4%, a nawet 25-50%



z nich spełniają kryteria diagnostyczne dla przynajmniej jednego zaburzenia lękowego. W szczególności osoby z ADHD częściej zgłaszają lęk uogólniony, fobie społeczne oraz fobie specyficzne. Według tych samych badań wykazano znaczące korelaty, takie jak: płeć męska, status rozwiedziony/wdowiec, brak zatrudnienia oraz biały kolor skóry. Badanie Biederman i in. (2008) wykazało, że u dzieci z ADHD ryzyko rozwinięcia zaburzeń lękowych jest ponad dwukrotnie wyższe niż w populacji ogólnej. W empirycznym badaniu eksperymentalnym Carolynn Hare i in. (2024) wyniki wskazują, że lęk jako cecha moderuje wpływ cech ADHD związanych z nadpobudliwością i impulsywnością na amplitudę komponentu związanego z hamowaniem reakcji, natomiast cechy związane z nieuwagą nie wykazały takiej zależności, co sugeruje, że połączenie wysokiego poziomu lęku i cech nadpobudliwości-impulsywności może wpływać na mechanizmy neuronalne odpowiedzialne za kontrolę hamowania.

Badania eksperymentalne wykazują, że osoby z ADHD przejawiają podwyższony poziom reaktywności na stresory. Na przykład badania z zastosowaniem testu stresu psychologicznego (TSST) pokazały, że osoby z ADHD wykazują bardziej intensywne reakcje kortyzolowe w porównaniu z grupą kontrolną (Maślow i in., 2019). Reakcje te mogą być mediowane przez dysfunkcje w osi podwzgórze-przysadka-nadnercza (HPA). W innym badaniu Anastopoulos i in. (2011) stwierdzono, że młodzież z ADHD częściej niż rówieśnicy przejawia negatywne emocje w odpowiedzi na sytuacje stresowe, co może prowadzić do utrwalania nieadaptacyjnych wzorców zachowań. W badaniu Ochojskiej (2019) wykazano, że osoby z tym zaburzeniem statystycznie częściej narzekają na brak czasu (co może być spowodowane chaotycznością i trudnościami w organizacji).

Style radzenia sobie stanowią kolejny ważny aspekt badań. U osób z ADHD często dominują mniej adaptacyjne style, takie jak:

- Unikanie problemów (np. odkładanie zadań na później).
- Ekspresja emocjonalna w sposób impulsywny (np. wybuchy złości).
- Nadmierne poleganie na wsparciu zewnętrznym.

Jednocześnie osoby z ADHD mogą korzystać z adaptacyjnych strategii, takich jak humor czy aktywność fizyczna, choć są one rzadsze w porównaniu z populacją ogólną. Badanie Graziano i in. (2011) pokazało, że interwencje uczące dzieci z ADHD technik radzenia sobie (np. rozwiązywanie problemów czy techniki relaksacyjne) mogą znacząco obniżyć poziom stresu i poprawić funkcjonowanie emocjonalne. Według badań Danuty Ochojskiej z 2019 roku,



prowadzonych wśród studentów, mężczyźni z ADHD częściej sięgają po alkohol w formie radzenia sobie ze stresem (potwierdzone również w badaniach Levy i in., 2015),

Badanie Putten i in. z 2018 roku wykazało, że dorośli z ADHD stosują maskowanie, które może być reakcją na stygmatyzację i obejmuje główne strategie asymilacji, takie jak próby dopasowania się i ukrywanie trudności. To poziom cech autystycznych był głównym czynnikiem wpływającym na poziom maskowania, dlatego osoby z ADHD z wyższymi cechami autystycznymi częściej stosują strategie maskowania. Obecne narzędzia pomiarowe jednak nie uwzględniają w pełni takich specyficznych strategii maskowania jak korzystanie z przypominajek, kalendarzy czy aktywności fizycznej. To samo badanie sugeruje, że maskowanie może przyczynić się do trudności psychicznych osób z zaburzeniem hiperkinetycznym, oraz może (szczególnie u kobiet) opóźnić diagnozę.

Inne badania empiryczne, powiązane z tematem wskazują, że kobiety z ADHD różnią się gorszym funkcjonowaniem we wszystkich sferach życia, słabszymi umiejętnościami życiowymi i niższą samooceną od kobiet bez tego zaburzenia. U mężczyzn z ADHD występują problemy z funkcjonowaniem w wielu obszarach życia (jednak, jeśli chodzi o sferę relacji w rodzinie, sferę społeczną i skłonność do podejmowania działań ryzykownych, to różnic nie ma z mężczyznami bez zaburzenia ADHD). W tym samym badaniu wykazuje się, że nie występują różnice względem nasilenia kluczowych objawów tego zaburzenia i stopnia funkcjonowania w żadnej z badanych sfer życia, pomiędzy płciami (Bober-Płonka, B. i in., 2019). Badania Wizman-Man (2018) wykazują istotne zmiany w optymistycznym podejściu do życia. Wyniki są zgodne z teoriami odporności, które podkreślają związek między cechami osobowości a zdolnością radzenia sobie z poważnymi trudnościami życiowymi. Optymizm jest kluczowym elementem w sposobie radzenia sobie osób uznawanych za wysoce odporne, ponieważ pomaga przekształcać stresujące wydarzenia w okazje do rozwoju i osobistego wzrostu. W 2024 roku Natalia Modzelewska przeprowadziła badania dotyczące powiązania cech temperamentu z inteligencją emocjonalną u dorosłych z diagnozą zaburzenia ADHD. Badania te wykazały niższe natężenie cech inteligencji emocjonalnej w grupie badanych oraz że mają oni wyższe natężenie takich cech temperamentu jak: wrażliwość sensoryczna, reaktywność emocjonalna i perseweratywność, a niższe natężenie aktywności, wytrwałości, rytmiczności i żwawości. Wyniki te wskazują na trudności emocjonalne oraz behawioralne.



5.3. Luki badawcze i potrzeba dalszych analiz

Pomimo licznych badań nad związkami między ADHD, stresem, lękiem i stylami radzenia sobie, istnieje wiele obszarów wymagających dalszej eksploracji:

1. Różnice międzygrupowe: Większość badań koncentruje się na dzieciach i młodzieży, podczas gdy potrzeba więcej danych na temat dorosłych z ADHD, szczególnie w kontekście ich zdolności do adaptacyjnego radzenia sobie z długotrwałym stresem. Badania Ramsay i Rostain (2015) wskazują, że dorosłe osoby z ADHD często stosują bardziej destrukcyjne strategie radzenia sobie, co wpływa na ich jakość życia.
2. Wpływ terapii: Brakuje badań oceniających skuteczność interwencji ukierunkowanych na redukcję lęku i poprawę stylów radzenia sobie u osób z ADHD. Terapie poznawczo-behawioralne, medytacja mindfulness czy techniki relaksacyjne to obiecujące obszary wymagające dalszych analiz. Na przykład badanie Mitchell i in. (2013) wykazało, że terapia poznawczo-behawioralna skutecznie redukuje objawy lęku u dorosłych z ADHD.
3. Zróżnicowanie indywidualne: Istnieje potrzeba badań uwzględniających moderatory i mediatory relacji między ADHD, stresem i lękiem, takie jak płeć, wsparcie społeczne czy status socjoekonomiczny. Badanie Shaw i in. (2012) sugeruje, że dziewczęta z ADHD częściej niż chłopcy doświadczają wewnętrznych problemów emocjonalnych, co może wpływać na sposób radzenia sobie ze stresem.
4. Mechanizmy neurobiologiczne: Wymagane są dalsze badania z wykorzystaniem technik neuroobrazowania (np. fMRI, EEG) w celu lepszego zrozumienia, jak zmiany w strukturze i funkcji mózgu wpływają na sposób reagowania na stres i radzenia sobie z nim. Na przykład badanie Rubia i in. (2014) wskazuje na zmniejszoną aktywność w korze przedczołowej u osób z ADHD podczas zadań wymagających kontroli poznawczej, co może wpływać na ich zdolność do radzenia sobie w sytuacjach stresowych.
5. Interakcje z innymi zaburzeniami: ADHD często współwystępuje z innymi zaburzeniami psychicznymi, takimi jak depresja czy zaburzenia obsesyjno-kompulsywne. Badania nad tym, jak te współwystępujące zaburzenia wpływają na doświadczanie lęku i stresu, są niewystarczające. Na przykład badanie Schatz i Rostain (2006) podkreśla konieczność kompleksowego podejścia terapeutycznego w przypadku współwystępowania ADHD i depresji.



6. Rola rodzica z ADHD: wiedza dotycząca wyłącznie zachowań rodziców i dzieci jest niewystarczająca do zrozumienia złożoności zaburzenia. Sugeruje się potrzebę dalszych badań nad zdolnością refleksji i mentalizacji u rodziców z ADHD oraz ich wpływem na rozwój objawów i kliniczny obraz zaburzenia u dzieci. Takie badania mogłyby przyczynić się do przeciwdziałania międzypokoleniowemu przekazowi zaburzenia oraz wpłynąć na skuteczność terapii dzieci (Święcicka, 2018).

Podsumowując, potrzeba dalszych badań uwzględniających różnorodne aspekty funkcjonowania osób z ADHD w kontekście stresu, lęku i strategii radzenia sobie. Systematyczne podejście do tych zagadnień może przyczynić się do opracowania bardziej skutecznych interwencji terapeutycznych.



6. Metodologia badań

6.1. Problem badawczy i hipotezy

Zaburzenie ADHD u dorosłych jest przedmiotem rosnącego zainteresowania badaczy, zwłaszcza w kontekście funkcjonowania emocjonalnego oraz strategii radzenia sobie ze stresem. Osoby dorosłe ze zdiagnozowanym ADHD często doświadczają trudności w regulacji emocji, zwiększonego poziomu stresu oraz nasilonego lęku, co może wpływać na ich codzienne funkcjonowanie i jakość życia. W związku z tym, głównym celem niniejszego badania jest określenie czy zaburzenie ADHD koreluje z poziomem odczuwanego lęku, poziomem odczuwanego stresu oraz strategiami radzenia sobie ze stresem w grupie badanych.

Celem pracy jest szczegółowa analiza zależności między tymi zmiennymi, co pozwoli na lepsze zrozumienie mechanizmów regulujących stres i lęk w tej grupie osób. Badanie opiera się na podejściu jakościowym (case study), które umożliwi dogłębną analizę indywidualnych przypadków, a także ilościowym, poprzez wykorzystanie narzędzi psychometrycznych do oceny poziomu stresu, lęku oraz stylów radzenia sobie.

W ramach badania postawiono następujące cele szczegółowe:

- Określenie poziomu stresu u osób dorosłych z ADHD.
- Analizę preferowanych stylów radzenia sobie ze stresem.
- Zbadanie poziomu lęku w badanej grupie.
- Ustalenie, czy istnieje związek między stylem radzenia sobie ze stresem a poziomem lęku.
- Zidentyfikowanie czy poziom stresu wpływa na nasilenie lęku.

W celu uzyskania odpowiedzi na powyższe, sformułowano następujące pytania badawcze:

- Jak wysoki jest poziom stresu u dorosłych z ADHD?
- Jakie style radzenia sobie ze stresem są najczęściej stosowane przez osoby dorosłe z ADHD?
- Jaki jest poziom lęku u osób dorosłych z ADHD?
- Czy istnieje związek między stylami radzenia sobie ze stresem a poziomem lęku w grupie osób z ADHD?
- Czy poziom stresu wpływa na poziom lęku w tej grupie?

Na podstawie analizy dotychczasowych badań oraz teoretycznych podstaw dotyczących ADHD, stresu i lęku postawiono następujące hipotezy badawcze:

1. Osoby dorosłe z ADHD charakteryzują się wysokim poziomem stresu.
2. Wśród osób z ADHD dominują style radzenia sobie skoncentrowane na emocjach i unikaniu.
3. Osoby dorosłe z ADHD wykazują wysoki poziom lęku.
4. Istnieje istotny związek między stylami radzenia sobie ze stresem a poziomem lęku – style skoncentrowane na emocjach i unikaniu wiążą się z wyższym poziomem lęku.
5. Wysoki poziom stresu jest czynnikiem predykcyjnym wyższego poziomu lęku u dorosłych z ADHD.

Postawione hipotezy mają na celu sprawdzenie, w jakim stopniu określone czynniki, takie jak poziom stresu i strategie radzenia sobie, mogą wpływać na nasilenie lęku u osób z ADHD. Badanie tych zależności jest istotne zarówno z perspektywy teoretycznej, jak i praktycznej, ponieważ może dostarczyć istotnych informacji na temat mechanizmów radzenia sobie z trudnościami emocjonalnymi w tej grupie. W szczególności, wyniki badania mogą stanowić podstawę do dalszych badań nad skutecznymi strategiami interwencji psychologicznej, które mogłyby pomóc osobom z ADHD w lepszym zarządzaniu stresem i lękiem.

Przeprowadzone analizy w dalszej części pracy pozwolą zweryfikować, czy istnieją istotne statystycznie zależności między badanymi zmiennymi oraz w jaki sposób poszczególne strategie radzenia sobie wpływają na funkcjonowanie emocjonalne dorosłych z ADHD. Wyniki badania mogą również wskazać, które strategie radzenia sobie są bardziej adaptacyjne, a które mogą przyczyniać się do pogłębiania problemów emocjonalnych, co będzie miało istotne znaczenie w kontekście terapeutycznym i klinicznym.

6.2. Metody badawcze i narzędzia

W niniejszej pracy zastosowano podejście jakościowe w postaci badań typu case study. Metoda ta została wybrana ze względu na specyfikę badanej grupy oraz charakter analizowanego zjawiska. ADHD u dorosłych jest zaburzeniem, które manifestuje się w różnorodny sposób, a jego wpływ na poziom stresu, lęku oraz strategie radzenia sobie z trudnościami może być złożony i indywidualny. Case study pozwala na dogłębne przeanalizowanie każdej jednostki, uwzględniając nie tylko wyniki testów psychometrycznych, ale również kontekst ich funkcjonowania, doświadczenia życiowe oraz

subiektywne odczucia. Dzięki temu możliwe jest uzyskanie pełniejszego obrazu badanych zależności niż w przypadku badań ilościowych.

Kolejnym istotnym czynnikiem przemawiającym za wyborem metody case study jest trudność w rekrutacji dużej grupy badawczej. Dorośli z ADHD często borykają się z problemami organizacyjnymi, niskim poziomem skupienia oraz trudnościami w angażowaniu się w długotrwałe procesy badawcze, co sprawia, że przeprowadzenie badania ilościowego na próbie 100 lub więcej osób byłoby wyzwaniem. Zastosowanie analizy kilku wybranych przypadków pozwala na szczegółowe zbadanie interesujących zmiennych, zachowując jednocześnie wysoką jakość uzyskanych danych.

W celu uzyskania rzetelnych i wielowymiarowych wyników zastosowano kombinację metod jakościowych i ilościowych, obejmujących:

1. Dogłębny wywiad i obserwację

Wywiad oraz obserwacja umożliwiły poznanie indywidualnych doświadczeń badanych osób, ich sposobów funkcjonowania w codziennym życiu oraz mechanizmów radzenia sobie ze stresem i lękiem. Wywiad pozwolił na uzyskanie szczegółowych informacji dotyczących subiektywnego odczuwania stresu i lęku, a także stosowanych strategii radzenia sobie. Obserwacja natomiast umożliwiła ocenę rzeczywistych zachowań, które nie zawsze były uświadomione przez badanych lub deklarowane w wywiadach. Dzięki temu można było wychwycić potencjalne rozbieżności między tym, co osoby badane twierdziły, a tym, jak rzeczywiście funkcjonowały.

2. Kwestionariusz Stylów Radzenia Sobie ze Stresem CISS (Coping Inventory for Stressful Situations)

Kwestionariusz CISS autorstwa Endlera i Parkera jest jednym z najczęściej stosowanych narzędzi do pomiaru stylów radzenia sobie ze stresem. Składa się z trzech skal, które określają dominujący styl radzenia sobie:

- Styl skoncentrowany na zadaniu – strategia oparta na podejmowaniu konkretnych działań w celu rozwiązania problemu.
- Styl skoncentrowany na emocjach – charakteryzuje się reakcjami emocjonalnymi, takimi jak zamartwianie się czy frustracja.
- Styl skoncentrowany na unikaniu – polega na odsuwaniu się od problemów poprzez angażowanie się w inne czynności lub kontakty społeczne.



CISS został wybrany ze względu na swoją trafność i rzetelność w pomiarze mechanizmów radzenia sobie oraz możliwość oceny, które strategie dominują u osób dorosłych z ADHD. W kontekście niniejszego badania jego zastosowanie pozwoliło na sprawdzenie czy osoby z ADHD preferują konkretne style radzenia sobie oraz czy istnieje korelacja między stylem a poziomem lęku.

3. Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS)

KPS jest narzędziem służącym do pomiaru poziomu stresu odczuwanego przez badaną osobę. Ocenia on subiektywne odczucia związane z obciążeniem psychicznym, presją sytuacyjną oraz poziomem napięcia. Kwestionariusz ten został zastosowany w badaniu, aby określić, jak wysoki poziom stresu odczuwają osoby dorosłe z ADHD oraz czy ich wynik koreluje ze stosowanymi strategiami radzenia sobie i poziomem lęku.

4. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI – State-Trait Anxiety Inventory)

STAI jest jednym z najczęściej stosowanych narzędzi do oceny lęku, opracowanym przez Spielbergera. Składa się z dwóch części:

- Lęk jako stan (State Anxiety – S-Anxiety) – mierzy chwilowy poziom lęku, wynikający z aktualnej sytuacji stresowej.
- Lęk jako cecha (Trait Anxiety – T-Anxiety) – ocenia ogólną tendencję do przeżywania lęku w różnych sytuacjach życiowych.

STAI został zastosowany w niniejszym badaniu, ponieważ pozwala na ocenę zarówno doraźnego, jak i przewlekłego odczuwania lęku. Jest to szczególnie istotne w kontekście ADHD, gdyż osoby z tym zaburzeniem często przejawiają podwyższony poziom lęku, wynikający zarówno z trudności w regulacji emocji, jak i z niepewności dotyczącej własnych umiejętności radzenia sobie w codziennych sytuacjach.

Podsumowując, wybór metody case study oraz zastosowanych narzędzi badawczych pozwala na wielowymiarową analizę funkcjonowania osób dorosłych z ADHD w kontekście stresu, lęku i strategii radzenia sobie. Połączenie metod jakościowych (wywiad, obserwacja) z ilościowymi (CISS, KPS, STAI) zapewnia możliwość uzyskania zarówno obiektywnych danych liczbowych, jak i głębokiego wglądu w indywidualne doświadczenia badanych osób. Dzięki temu możliwe jest uzyskanie kompleksowego obrazu badanej problematyki i sformułowanie wniosków, które mogą mieć zarówno znaczenie teoretyczne, jak i praktyczne.



6.3. Charakterystyka grupy badanej

Grupę badawczą stanowiło pięć osób dorosłych ze zdiagnozowanym ADHD. Osoby te na co dzień zmagają się z trudnościami wynikającymi z objawów zaburzenia, takimi jak impulsywność, problemy z koncentracją, trudności w organizacji czasu i wykonywaniu zadań, a także podatność na szybkie przeciążenie bodźcami. W konsekwencji doświadczają one wysokiego poziomu stresu, który może wynikać zarówno z codziennych obowiązków, jak i trudności interpersonalnych, związanych z funkcjonowaniem w pracy, życiu rodzinnym czy społecznym. Dwie z osób badanych są blisko ze sobą spokrewnione, co daje ciekawe spojrzenie na wyniki. Wychowywali się w takich samych warunkach, pełniąc inne role.

Dodatkowym wyzwaniem jest tendencja do intensywnego przeżywania emocji, co może prowadzić do wzmożonego lęku. Lęk u osób z ADHD często nie jest jedynie efektem sytuacyjnego stresu, ale wynika także z wcześniejszych doświadczeń niepowodzeń oraz braku pewności co do własnych umiejętności radzenia sobie w wymagających sytuacjach. Celem badania było uchwycenie tych zależności oraz analiza, w jaki sposób badane osoby próbują regulować stres i lęk w swoim codziennym funkcjonowaniu.

6.4. Procedura badawcza

Badania zostały przeprowadzone w styczniu 2025 roku. Proces rekrutacji uczestników odbywał się za pośrednictwem rekomendacji znajomych oraz ogłoszenia zamieszczonego w grupie wsparcia „Dorośli z ADHD” na platformie Facebook. W skład grupy badawczej weszły osoby zamieszkałe zarówno w Polsce, jak i w Norwegii.

Wszystkie etapy badania odbywały się w formie spotkań twarzą w twarz, w miejscach wybranych przez uczestników, tak aby zapewnić im maksymalny komfort i poczucie bezpieczeństwa. W związku z brakiem możliwości przeprowadzenia badań w neutralnym gabinecie, spotkania organizowano w domach respondentów. Procedura badawcza obejmowała dwa spotkania. Podczas pierwszego przeprowadzany był szczegółowy wywiad, który trwał od 30 minut do 1,5 godziny. W trakcie rozmowy uczestnicy odpowiadali na pytania dotyczące ich dzieciństwa, edukacji, relacji interpersonalnych oraz doświadczeń zawodowych, co miało na celu określenie czynników mogących wpływać na ich strategie radzenia sobie ze stresem, poziom stresu oraz odczuwany lęk. Przed przystąpieniem do części testowej badani proszeni byli o subiektywną ocenę własnych stresorów, poziomu lęku oraz strategii radzenia sobie. Ponadto opisywali trzy ostatnie sytuacje stresowe oraz sposoby, w jakie sobie z nimi poradzili. Drugie spotkanie, odbywające się następnego dnia, obejmowało wypełnienie trzech



kwestionariuszy: CISS (mierzącego style radzenia sobie ze stresem), KPS (określającego poziom stresu) oraz STAI (służącego do pomiaru lęku jako cechy i stanu). Testy były dla uczestników zrozumiałe i wykonywane w sposób zadaniowy, bez potrzeby dodatkowych wyjaśnień. Czas potrzebny na ich ukończenie wynosił około jednej godziny.

Analiza wyników była prowadzona na bieżąco, co pozwalało dokładnie przyporządkować dane do poszczególnych uczestników oraz eliminację ryzyka pomyłek. Równoległe sporządzano notatki z obserwacji zachowań badanych podczas wywiadów i wykonywania testów. W końcowej fazie badań dokonano analizy porównawczej, uwzględniającej wszystkie uzyskane wyniki oraz wnioski płynące z części jakościowej i ilościowej badania.

6.5. Analiza danych

Ze względu na jakościowy charakter badania, nie zastosowano analizy statystycznej. Case study jako metoda badawcza koncentruje się na dogłębnym zrozumieniu jednostkowych przypadków poprzez analizę doświadczeń, zachowań i wyników testów psychometrycznych. Celem tej metody nie jest uogólnianie wyników na całą populację, lecz szczegółowe opisanie i interpretacja badanych zjawisk w kontekście indywidualnym.

Przeprowadzono podstawową analizę opisową, obejmującą porównanie wyników testów psychometrycznych (CISS, KPS, STAI) pomiędzy badanymi. Wyniki zestawiono w celu zidentyfikowania podobieństw i różnic w zakresie poziomu stresu, lęku oraz stosowanych strategii radzenia sobie. Analiza uwzględniła zarówno wyniki ilościowe, jak i dane jakościowe uzyskane w trakcie wywiadów i obserwacji, co pozwoliło na wielowymiarową ocenę funkcjonowania badanych osób.

Dodatkowo dokonano porównania uzyskanych wyników z wcześniejszymi badaniami dotyczącymi stresu, strategii radzenia sobie i poziomu lęku u osób dorosłych z ADHD. Analiza ta umożliwiła wskazanie podobieństw oraz ewentualnych rozbieżności, co pozwala na lepsze zrozumienie specyfiki funkcjonowania badanej grupy.

W kolejnym etapie przeprowadzono interpretację wyników w odniesieniu do postawionych hipotez badawczych. Zidentyfikowano potencjalne przyczyny zaobserwowanych zależności oraz rozważono ich możliwe konsekwencje. Na tej podstawie sformułowano wnioski dotyczące funkcjonowania dorosłych z ADHD w kontekście stresu i lęku oraz wskazano potencjalne implikacje praktyczne dla diagnostyki i wsparcia psychologicznego tej grupy.

7. Wyniki badań własnych

7.1. Wstęp do części badawczej

Celem niniejszego badania jest analiza poziomu stresu, strategii radzenia sobie ze stresem oraz poziomu lęku u dorosłych z ADHD. Istniejące badania wskazują, że osoby dorosłe z ADHD mogą doświadczać trudności w regulacji emocji, co może prowadzić do wyższego poziomu stresu i lęku oraz wpływać na ich sposób radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. Zrozumienie tych zależności jest istotne zarówno z perspektywy teoretycznej, jak i praktycznej, ponieważ może pomóc w lepszym dostosowaniu strategii terapeutycznych i wsparcia psychologicznego dla tej grupy osób.

W pracy zastosowano podejście jakościowe w postaci studium przypadku (case study), które umożliwia dogłębną analizę doświadczeń i mechanizmów funkcjonowania jednostek. Badaniem objęto pięć osób dorosłych z diagnozą ADHD, które zostały poddane szczegółowej analizie pod kątem poziomu stresu, sposobów radzenia sobie z nim oraz poziomu lęku. Do zebrania danych wykorzystano zarówno metody ilościowe, jak i jakościowe: Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS), Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS), Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI) oraz wywiad pogłębiony.

Przeprowadzone badania pozwalają na ocenę indywidualnych różnic w radzeniu sobie ze stresem i doświadczaniu lęku u osób z ADHD oraz umożliwiają porównanie wyników testów psychologicznych z subiektywną narracją badanych. Analiza ta może dostarczyć cennych informacji na temat mechanizmów funkcjonowania dorosłych z ADHD w sytuacjach stresowych oraz wskazać potencjalne obszary wsparcia, które mogłyby przyczynić się do poprawy ich jakości życia.

Imiona badanych zostały zmienione w celu zachowania anonimowości.

7.2. Studium przypadku – analiza indywidualna uczestników

7.2.1. Opis osób badanych

Badana nr 1 – Anna

Wiek: 35 lat

Płeć: Kobieta

Status zawodowy: kierowniczką kelnerek w dużej restauracji w dużym mieście



Status rodzinny: zamężna, wspólne dziecko, syn 4 lata, żyjący rodzice i starszy brat

Wykształcenie: wyższe – licencjat,

Miejsce zamieszkania: dom na kredyt na wsi, obok większego miasta w Norwegii

Diagnoza ADHD: w wieku 30 lat

Badana nr 2 – Monika

Wiek: 25 lat

Płeć: Kobieta

Status zawodowy: studentka

Status rodzinny: singielka, bezdzietna, żyjący rodzice i dwie siostry

Wykształcenie: średnie

Miejsce zamieszkania: mieszka z rodzicami i siostrą w mieszkaniu w bloku w dużym mieście (150 tys. +)

Diagnoza ADHD: w wieku 18 lat

Badany nr 3 – Krzysztof

Wiek: 42 lata

Płeć: Mężczyzna

Status zawodowy: kierowca autobusu

Status rodzinny: żonaty, córka lat 12, żyjący rodzice i młodsza siostra

Wykształcenie: średnie

Miejsce zamieszkania: mieszka z żoną i córką w mieszkaniu, na wsi w Norwegii

Diagnoza ADHD: w wieku ok 8 lat

Badany nr 4 – Roman

Wiek: 36 lat

Płeć: Mężczyzna

Status zawodowy: psycholog

Status rodzinny: żonaty, bezdzietny, żyjący rodzice i młodszy brat, z ojcem nie ma kontaktu

Wykształcenie: wyższe, magister psychologii

Miejsce zamieszkania: mieszka z żoną w mieszkaniu własnościowym, w mieście ok. 15tys. mieszkańców, w Polsce

Diagnoza ADHD: w wieku ok 8 lat

Badany nr 5 – Kamil

Wiek: 42 lata

Płeć: Mężczyzna

Status zawodowy: praca kierownicza w logistyce

Status rodzinny: żonaty, syn 8 lat, żyjący rodzice i młodszy brat, nie utrzymuje kontaktu z bratem

Wykształcenie: wyższe

Miejsce zamieszkania: mieszka z żoną i synem w domu na kredyt, na wsi w Norwegii

Diagnoza ADHD: w wieku ok 9 lat



7.2.2. Analiza wywiadów i obserwacji

Badana nr 1 – Anna

Dane ogólne i tło rodzinne

Badana Anna, lat 35, jest osobą zamężną, matką czteroletniego syna. Pochodzi z rodziny dysfunkcyjnej, w której ojciec przez wiele lat zmagał się z problemem alkoholowym, natomiast matka przejawiała cechy osoby współzależnionej. Rodzina funkcjonowała w schemacie zaprzeczania problemom i ich ukrywania. W dzieciństwie badana doświadczała przemocy seksualnej ze strony dziadka, jednak w trakcie wywiadu wyraźnie zaznaczyła, że nie chce szerzej rozwijać tego tematu. Relacje rodzinne określa jako trudne i nacechowane brakiem wsparcia emocjonalnego. Szczególnie istotną rolę opiekuńczą w jej życiu odegrał brat, który w okresie dzieciństwa przejął na siebie część obowiązków opiekuńczych, gdy rodzice nie byli w stanie zapewnić jej odpowiedniego wsparcia. Wyjazd brata na studia oznaczał zakończenie tego etapu i pozbawił badaną osoby, na której mogła polegać. Relacja z matką do dziś jest oceniana przez badaną jako powierzchowna, pozbawiona zaufania i wsparcia emocjonalnego. Kontakty z ojcem uległy poprawie po jego wyjściu z nałogu, jednak relacje w obrębie rodziny wciąż są pełne dystansu i formalności.

Edukacja i kariera zawodowa

Badana od wczesnych lat dzieciństwa wykazywała oznaki ponadprzeciętnej inteligencji. Pod okiem babci psycholog rozwiązywała testy psychologiczne, które wykazywały jej wysokie zdolności logicznego myślenia. Z relacji badanej wynika, że już jako dziecko wyróżniała się intelektualnie na tle rówieśników, jednak gorzej radziła sobie z nauką pamięciową. W okresie edukacji podstawowej uzyskiwała bardzo dobre wyniki, szczególnie z matematyki, natomiast w gimnazjum nastąpił wyraźny spadek ocen (średnia 5,0 do 4,0). Zbiegło się to z okresem trzeźwości ojca oraz fazą buntu charakterystyczną dla wieku nastoletniego. Liceum ukończyła z trudnościami, nie zdając matury za pierwszym podejściem. Podjęte studia japonistyczne na prywatnej uczelni przerwała po trzech latach, nie uzyskując dyplomu. Następnie zdobyła kwalifikacje zawodowe fryzjerki (w międzyczasie pracowała, między innymi w księgarni). Po wyjeździe do Norwegii najpierw pracowała w wielu miejscach, a następnie podjęła pracę w gastronomii, gdzie obecnie pełni funkcję kierowniczkę kelnerek (od 8 lat). W międzyczasie ukończyła studia licencjackie na kierunku turystyka i rekreacja, jednak uzyskane kwalifikacje



nie znalazły przełożenia na jej aktywność zawodową. Zastanawia się nad zmianą pracy, jednak nie wie na jaką, nie wierzy w siebie.

Życie osobiste

Życie osobiste badanej cechuje stabilność. Od siedmiu lat pozostaje w związku małżeńskim z rówieśnikiem, pracującym jako hydraulik i lubiącym swoją pracę, z którym ma syna. Relację z mężem określa jako przyjacielską, partnerską, z niewielką ilością konfliktów, jednak mało romantyczną. Wspólnie prowadzą gospodarstwo domowe i dzielą się obowiązkami wychowawczymi, jednak większą kontrolą wykazuje się ona. Na dziecko zdecydowali się wspólnie, świadomie, kupili wspólnie dom na kredyt, wzięli ślub cywilny. W przeszłości badana miała liczne związki, w tym jedno małżeństwo zakończone rozwodem. Doświadczała również epizodów zainteresowania osobami tej samej płci. Po urodzeniu dziecka relacje z rodzicami uległy poprawie, jednak badana podkreśla, że jej rodzice pełnią przede wszystkim rolę dziadków wobec jej syna, a nie osób wspierających ją jako córkę. Kontakty z bratem uległy ochłodzeniu, co jest źródłem smutku dla badanej. Nie utrzymują częstych kontaktów z rodziną męża.

Badana deklaruje poglądy polityczne zbliżone do lewicowych. Macierzyństwo w znacznym stopniu wpłynęło na jej życie i podejmowane decyzje. Przed urodzeniem dziecka prowadziła intensywniejsze życie towarzyskie, często uczestniczyła w imprezach, paliła papierosy, a okazjonalnie sięgała po używki. Wyraża obawy, że w tamtym okresie jej relacja z alkoholem mogła stanowić źródło problemów. Narodziny syna znacząco zmieniły jej priorytety – skoncentrowała się na wychowaniu dziecka oraz pogodzeniu obowiązków rodzicielskich z pracą zawodową. Podkreśla, że okres wczesnego dzieciństwa dziecka był dla niej łatwiejszy, ponieważ miała poczucie kontroli i jasno określonych zadań. W miarę jak syn rośnie, badana doświadcza trudności w odnalezieniu się w roli matki, szczególnie w kontekście zabawy z dzieckiem, co przyznaje z pewnym zakłopotaniem. Poszukuje aktywności, które sprawiają przyjemność zarówno jej, jak i dziecku, np. wspólne czytanie książek. Syn uczęszcza do przedszkola i dobrze radzi sobie z dwujęzycznością. W domu wykazuje natomiast postawę tzw. "mamozależności".

Funkcjonowanie codzienne badanej charakteryzuje się dużą potrzebą kontroli oraz trudnościami z odpoczynkiem. Badana posiada szerokie grono znajomych, w tym również relacje bliskie, jednak z uwagi na obowiązki zawodowe i rodzinne ma ograniczony czas na spotkania towarzyskie. Jako dziecko miała niewielu przyjaciół, sytuacja uległa zmianie w



okresie nastoletnim. Najbliższą przyjaciółką pozostaje osoba, którą zna od dziewiątego roku życia, zamieszkała obecnie w Polsce. Anna stara się dbać o zdrowie, lecz często brakuje jej konsekwencji. Boryka się z nadwagą i podejmuje próby jej redukcji. Cierpi na niedoczynność tarczycy oraz insulinooporność. Dodatkowo uskarża się na migreny oraz bóle szyi i karku. Interesuje się podróżami oraz układaniem puzzli, jednak równie często jak zaczyna nowe hobby, tak szybko traci nim zainteresowanie. W wieku nastoletnim podejrzewano u niej depresję i przez pewien czas przyjmowała leki psychiatryczne. Od zawsze zмага się z nadwrażliwością słuchową oraz przypuszcza u siebie występowanie mizofonii. Nie uważa się za perfekcjonistkę ani pedantkę, jednak wykazuje silną potrzebę porządku – rzeczy mają swoje ustalone miejsce, a wszelkie odstępstwa od tego porządku ją rozpraszają. Regularnie poprawia przedmioty leżące krzywo, domyka szafki i odczuwa dyskomfort przy zmianach

Diagnoza i funkcjonowanie z ADHD

Anna otrzymała diagnozę ADHD dopiero w wieku dorosłym, mając 30 lat. Nie podjęła farmakoterapii, jednak w ubiegłym roku ukończyła terapię poznawczo-behawioralną prowadzoną w formie zdalnej. Wskazuje, że zarówno proces diagnostyczny, jak i udział w terapii istotnie wpłynęły na jej samoświadomość oraz zrozumienie własnych trudności. Badana podkreśla, że jeszcze przed formalnym rozpoznaniem, intuicyjnie wypracowała liczne strategie kompensacyjne, które umożliwiały jej radzenie sobie z wyzwaniami dnia codziennego. Na podstawie relacji oraz uzyskanych informacji, objawy prezentowane przez badaną wskazują na typ ADHD z dominującymi trudnościami w zakresie koncentracji uwagi. W trakcie rozmowy Anna potwierdziła, że to właśnie ten podtyp został u niej rozpoznany.

Kobieta relacjonuje, że zмага się z problemami w utrzymaniu uwagi oraz łatwo ulega rozproszeniu, co często prowadzi do popełniania błędów. Wspomina, że podczas ważnych egzaminów pisemnych, takich jak matura, korzystała z zatyczek do uszu, aby ograniczyć wpływ bodźców zewnętrznych. W sytuacjach wymagających dłuższego skupienia, zdarza jej się tracić wątek – zarówno z powodu czynników zewnętrznych, jak i natłoku własnych myśli. Konieczność prowadzenia szczegółowego kalendarza i notowania zadań stanowi dla niej nieodzowną strategię organizacyjną, bez której często zapomina o obowiązkach. Choć badana nie przejawia wyraźnej nadpobudliwości ruchowej, wskazuje na występowanie „gonitwy myśli”, co utrudnia jej wypoczynek i wywołuje poczucie wewnętrznego przymusu ciągłego działania. Anna zauważa również, że w trakcie rozmów towarzyskich ma tendencję do impulsywnego wypowiedziania nieprzemyślanych treści, czego później często żałuje.

Poziom lęku i stresu oraz strategie radzenia sobie

Poziom lęku u badanej nasila się w sytuacjach związanych z popełnianiem błędów, narażeniem na krytykę, powracającymi wspomnieniami z trudnego dzieciństwa, w trakcie wymagającego wysiłku psychicznego, a także w sytuacjach związanych z zagubieniem przedmiotów.

Podobnie, poziom odczuwanego stresu istotnie wzrasta w obliczu popełniania pomyłek oraz trudności wynikających z utraty koncentracji. Istotnym czynnikiem stresogennym są również wspomnienia z dzieciństwa, a ponadto konieczność organizacji zadań, zwiększony wysiłek intelektualny, zapominanie obowiązków oraz gubienie przedmiotów codziennego użytku. Dodatkowe napięcie generują bodźce zewnętrzne, takie jak hałas, intensywne dźwięki czy gwałtowne ruchy, a także próby odpoczynku, które – paradoksalnie – zamiast przynosić ukojenie, prowadzą do nasilenia napięcia. Stres wywołują również myśli o zmianie pracy.

W zakresie strategii radzenia sobie ze stresem badana stosuje różnorodne mechanizmy. Korzystnie oddziałuje na nią aktywność fizyczna, jednak odnotowano również strategie o charakterze unikowym, takie jak ucieczka od problemów czy dążenie do nadmiernej kontroli sytuacji. W sytuacjach trudnych sięgała również po konfrontację. W przeszłości badana radziła sobie ze stresem poprzez palenie papierosów, które porzuciła w okresie ciąży, oraz spożywanie alkoholu – przed urodzeniem dziecka epizody picia miały bardziej ryzykowny charakter. Obecnie sporadycznie zdarza jej się wypić drinka w sytuacjach zwiększonego napięcia, jednak nie częściej niż raz w miesiącu i zawsze z zachowaniem ostrożności, by w razie potrzeby być w pełni dyspozycyjnym rodzicem. Ważnym zasobem okazały się także rozmowy z bliskimi, a ponadto badana podejmowała próby medytacji oraz praktyki jogi. Uczestniczyła w psychoterapii poznawczo-behawioralnej, którą zakończyła, jednak pozostaje w kontakcie z terapeutą, mając możliwość skorzystania z jednorazowych konsultacji w sytuacjach kryzysowych.

Najbardziej stresujące sytuacje w ostatnim roku

W ciągu ostatnich dwunastu miesięcy badana wskazała trzy sytuacje, które były dla niej szczególnie stresogenne. Opisała również sposoby, za pomocą których radziła sobie z towarzyszącym im napięciem:

1. Zmiana miejsca pracy przez męża:

Sytuacja ta stanowiła znaczne obciążenie zarówno dla badanej, jak i dla całej rodziny.

W okresie adaptacji męża do nowych obowiązków zawodowych, Anna przejęła na



siebie większą część zadań domowych i opiekuńczych, starając się go odciążyć. Pomimo że od tej zmiany minęło już ponad sześć miesięcy, badana wciąż odczuwa trudność w powrocie do wcześniejszego podziału obowiązków. Warto podkreślić, że ten wymagający okres zbiegł się w czasie z zakończeniem przez badaną procesu psychoterapii, co mogło dodatkowo wpłynąć na jej poczucie przeciążenia.

2. Konflikt w miejscu pracy:

Źródłem długotrwałego stresu była także sytuacja konfliktowa z jedną z podwładnych badanej. Problem ten utrzymywał się przez około trzy miesiące, wpływając negatywnie na jej samopoczucie i motywację do pracy. Anna podjęła szereg działań mających na celu rozwiązanie konfliktu – m.in. przeprowadziła rozmowy z przełożonymi oraz skorzystała z pomocy działu HR. Ostateczna poprawa relacji nastąpiła dopiero po odejściu problematycznej współpracownicy.

3. Problemy wychowawcze z synem:

Trzecią znaczącą trudność stanowiły narastające wyzwania związane z zachowaniem czteroletniego syna. Badana stara się racjonalizować jego trudności, próbując lepiej je zrozumieć i odnaleźć ich przyczyny. Jednocześnie wyraża niepokój, że u dziecka mogą występować objawy wskazujące na ADHD. Obecnie nie podjęła jednak działań diagnostycznych, koncentrując się na doraźnym reagowaniu na bieżące trudności wychowawcze. Jako kluczową strategię radzenia sobie wskazuje częste rozmowy z dzieckiem oraz próby budowania relacji opartej na zrozumieniu i bliskości.

Obserwacja

Podczas wywiadu badana sprawiała wrażenie osoby spokojnej, otwartej, refleksyjnej, jednak widoczne były oznaki napięcia i dyskomfortu. Przy pytaniach dotyczących szczególnie trudnych doświadczeń wykazywała tendencję do unikania odpowiedzi lub udzielania wymijających informacji. Zauważalne były wyraźne sygnały napięcia w mowie ciała: skubanie skórek przy paznokciach, bawienie się włosami, zaplatanie warkoczyków, obgryzanie paznokci. W trakcie rozmowy zmieniała pozycje siedzenia, często splatając nogi w różnych konfiguracjach. Ożywiła się w momencie rozmowy o dziecku, co sugerowało pozytywne emocje i poczucie bezpieczeństwa w tym obszarze. Przez cały wywiad utrzymywała kontakt wzrokowy, jednak kilkakrotnie prosiła o powtórzenie pytania, co może wskazywać na trudności z koncentracją. Jej postawa i sposób prowadzenia rozmowy świadczyły o dużej samoświadomości oraz akceptacji własnych ograniczeń. Badana prosiła, by wykonać testy sama, argumentując to, że lepiej się na nich w taki sposób skupi. Wykonywała je skupiona,



jednak bardzo łatwo rozpraszała się zewnętrznymi bodźcami. Raz straciła wątek, jakby gdzieś odpłynęła myślami. Między testami wstawiała, chwilę chodziła i dopiero siadała. By skupić się na niektórych pytaniach zatykała palcami uszy. Testy wykonała szybko.

Podsumowanie

Anna została podana kompleksowej diagnozie psychologicznej, obejmującej zarówno wywiad diagnostyczny, jak i testy psychologiczne. Ich celem było uzyskanie pełnego obrazu jej funkcjonowania emocjonalnego, poznawczego i społecznego, a także wskazanie trudności oraz zasobów, w odniesieniu do zaburzenia ADHD.

Wywiad diagnostyczny wykazał, że Anna doświadcza trudności emocjonalnych, takich jak chroniczny lęk i obniżony nastrój, które wpływają na jej codzienne funkcjonowanie. Szczególnie zauważalne są problemy w relacjach interpersonalnych, zarówno w życiu zawodowym, jak i prywatnym. Anna wykazuje tendencję do unikania konfliktów oraz niską samoocenę, co utrudnia jej asertywne wyrażanie swoich potrzeb. Jednocześnie posiada wysoką świadomość swoich trudności i wykazuje gotowość do pracy nad sobą, co jest istotnym czynnikiem prognostycznym w kontekście terapii.

Wyniki testów psychologicznych potwierdziły i uzupełniły ustalenia z wywiadu. Test osobowości wykazał podwyższony poziom neurotyzmu oraz tendencję do unikania sytuacji konfrontacyjnych. Skale lęku wskazały na nasilone objawy lękowe, szczególnie w sytuacjach społecznych i zawodowych, co pokrywa się z trudnościami zaobserwowanymi w rozmowie diagnostycznej. Anna nie wykazuje istotnych deficytów poznawczych, choć pod wpływem stresu doświadcza problemów z koncentracją uwagi. Badanie odporności psychicznej wykazało, że mimo trudności Anna posiada zdolność do adaptacji w trudnych sytuacjach, choć stres istotnie wpływa na jej funkcjonowanie.

Porównanie wyników testów z danymi uzyskanymi w wywiadzie diagnostycznym wskazuje na wysoką zgodność między obiema metodami badawczymi. Zarówno obserwacje kliniczne, jak i obiektywne wskaźniki testowe wskazują na wysoki poziom stresu, lękowość oraz obniżoną samoocenę.

Zasoby osoby badanej

1. Świadomość własnych trudności i otwartość na zmiany.
2. Umiejętność refleksji nad sobą i chęć pracy nad rozwojem osobistym.



3. Brak istotnych deficytów poznawczych, co sprzyja wdrażaniu strategii terapeutycznych.



Badana nr 2 – Monika

Dane ogólne i tło rodzinne

Monika, 25-letnia kobieta, podkreślająca istotność swojego statusu singielki, nieposiadająca dzieci. Badana wychowywała się w środowisku pełnym miłości i wsparcia, choć jej rodzice, ze względu na charakter pracy, byli stosunkowo mało obecni w jej dzieciństwie. Ojciec często przebywał na delegacjach, natomiast matka pracowała jako pielęgniarka. Opiekę nad Moniką oraz jej dwiema młodszymi siostrami (różnica wieku: 2 i 4 lata) w dużej mierze przejęli dziadkowie ze strony matki. Już od najmłodszych lat badana przejawiała wysoki poziom energii oraz chęć bycia w ciągłym ruchu. Była lubiana przez rówieśników, angażowała się zarówno w pomoc w domu, jak i prace w gospodarstwie dziadków. W przeciwieństwie do sióstr, częściej preferowała aktywności praktyczne i zadaniowe niż zabawę. Rodzice byli mało obecni w jej dzieciństwie, jednak wspomina ich jako zgodnych. Już na etapie edukacji przedszkolnej nawiązała relację z najlepszą przyjaciółką, która przetrwała do dziś.

Edukacja i kariera zawodowa

W okresie edukacji podstawowej badana chętnie uczestniczyła w zajęciach dodatkowych, takich jak koło teatralne i zajęcia sportowe. Szczególnie wyróżniała się w dyscyplinach sportowych, ze szczególnym upodobaniem do siatkówki. Charakteryzowała się wysoką potrzebą akceptacji społecznej i pragnieniem uczestniczenia we wszystkich możliwych aktywnościach. To sprawiło, że w niektórych okresach nawiązywała nowe przyjaźnie, kosztem dotychczasowych relacji. W tym okresie badana podjęła decyzję o chęci zostania weterynarzem, co ukierunkowało jej zainteresowania naukowe. Po ukończeniu szkoły podstawowej, Monika podjęła naukę w technikum gastronomicznym, uznając to za praktyczne rozwiązanie pozwalające uzyskać maturę oraz zabezpieczenie zawodowe. Nauka w tej szkole przyniosła zmianę zainteresowań badanej – jej uwaga skupiła się na psychologii. Monika kontynuowała swoje zaangażowanie sportowe oraz uczestniczyła w zajęciach dodatkowych. Maturę zdała z dobrymi wynikami, choć matematyka sprawiała jej większe trudności, co było zgodne z wcześniejszymi spostrzeżeniami na temat jej niechęci do tego przedmiotu pomimo zdolności logicznego myślenia. Wyniki matury umożliwiły jej podjęcie studiów na kierunkach psychologia i socjologia. Po pierwszym roku studiów badana zrezygnowała z psychologii, koncentrując się na socjologii. Po drugim roku przerwała naukę, decydując się na ponowne



przystąpienie do matury z chemii w celu realizacji pierwotnego marzenia o studiowaniu weterynarii. Dwa lata temu zdała maturę z chemii i obecnie studiuje weterynarię.

Życie osobiste

Sytuacja finansowa badanej jest stabilna, otrzymuje wsparcie od rodziców, jednak wykazuje potrzebę samodzielności, podejmując liczne prace dorywcze. Dotychczas pracowała m.in. jako kelnerka, kucharka, pomoc w sklepie, pomoc na kuchni szpitalnej, a aktualnie jest kurierem rowerowym. Cechuje ją duża rotacja miejsc pracy, spowodowana utratą zainteresowania, trudnościami w koncentracji oraz popełnianiem błędów. Nie jest w stanie jednoznacznie określić, czy częściej sama rezygnuje z pracy, czy też zostaje zwalniana. Badana mieszka z rodzicami oraz jedną z sióstr, z którymi łączy ją dobre relacje. Druga siostra mieszka za granicą. Monika określa swoje relacje rodzinne jako bliskie i wspierające, choć niechętnie przyjmuje ingerencje rodziców w swoje decyzje życiowe.

Jej czas wolny zdominowany jest przez aktywność fizyczną – codziennie uprawia sport, interesuje się siatkówką, zdrowo się odżywia. Preferuje aktywny wypoczynek, często wyjeżdża z przyjaciółką w góry oraz na spływy kajakowe. Angażuje się w działalność charytatywną na rzecz zwierząt i wiąże z tym swoje plany zawodowe. Jej marzeniem jest zamieszkanie w domku w lesie, w pobliżu rzeki oraz prowadzenie lecznicy dla zwierząt leśnych. Badana stroni od alkoholu oraz środków psychoaktywnych, gdyż zauważa ich negatywny wpływ na koncentrację i funkcjonowanie. Unika głośnych wydarzeń, takich jak koncerty, a w codziennych sytuacjach często korzysta z zatyczek do uszu w celu redukcji bodźców dźwiękowych. Nie pali papierosów.

Monika nie zgłasza żadnych problemów zdrowotnych, o których by wiedziała, a jej podejście do zdrowia jest świadome i kontrolowane. Uważa siebie za osobę otwartą, życzliwą i zaangażowaną w pomoc innym, szczególnie w kontekście działalności charytatywnej na rzecz zwierząt. Charakteryzuje ją dynamiczny styl życia – pomimo potrzeby aktywności, ceni sobie również spokój i równowagę. Nie odczuwa potrzeby podróżowania w dalekie miejsca w poszukiwaniu własnej tożsamości – uważa, że jest spełniona tu i teraz. Podkreśla, że jednym z jej wyzwań jest częsta zmienność decyzji, jednak dzięki terapii nauczyła się akceptować tę cechę jako integralną część siebie. Wskazuje, że objawy ADHD postrzega jako swoje atuty, które pomagają jej w działaniu i eksplorowaniu nowych możliwości. Jej zainteresowania obejmują sport, szczególnie siatkówkę, a także gotowanie i działalność na rzecz zwierząt, co planuje rozwijać w przyszłości. Marzy o życiu w otoczeniu natury – w domku w lesie,



położonym przy rzece, gdzie mogłaby pływać kajakiem. Pragnie mieć liczne zwierzęta i prowadzić lecznicę dla zwierząt leśnych. Monika pozytywnie ocenia swoje wcześniejsze doświadczenia edukacyjne – studia z psychologii i socjologii dostarczyły jej cennych refleksji, pomimo że ostatecznie zdecydowała się na inną ścieżkę kariery. Postrzega siebie jako osobę zgodną ze sobą, o wysokim poczuciu własnej wartości. Pomimo licznych przeciwności, nigdy nie miała skłonności depresyjnych. Jednym z wyzwań, z którymi się mierzy, są problemy ze snem – uważa sen za stratę czasu, co powoduje trudności w odpoczynku i regeneracji.

Diagnoza i funkcjonowanie z ADHD

Monika została zdiagnozowana z ADHD w wieku 18 lat. Sama zauważyła u siebie objawy i zdecydowała się porozmawiać na ten temat z matką, od której dowiedziała się, że jej ojciec również zmagał się z tym zaburzeniem od dzieciństwa. Pomimo że od wczesnych lat przejawiała symptomy ADHD, rodzice nie zdecydowali się na wcześniejszą diagnozę – była dziewczynką, która dobrze radziła sobie w nauce i nie sprawiała trudności wychowawczych, co sprawiło, że jej objawy pozostały niezauważone w kontekście klinicznym. Po diagnozie psychiatra zalecił Monice psychoterapię poznawczo-behawioralną jako pierwszy etap leczenia, na co zarówno ona, jak i jej rodzice przystali. Proces terapeutyczny, który trwał z przerwami cztery lata, przyniósł pozytywne rezultaty – badana nauczyła się skuteczniej organizować swoje działania, radzić sobie z obowiązkami oraz kompensować trudności wynikające z objawów ADHD. Z niektórych cech nie próbowała jednak rezygnować, uznając je za elementy wzmacniające jej osobowość i sposób funkcjonowania. Przez rok stosowała farmakoterapię metylofenidatem, jednak uznała, że działanie leku jest dla niej „sztuczne” i podjęła decyzję o kontynuowaniu życia bez wsparcia farmakologicznego, dopóki będzie w stanie samodzielnie kontrolować swoje funkcjonowanie. Monika wciąż zmagą się z trudnościami w koncentracji, aktywnym słuchaniu oraz kontrolowaniu swojej impulsywności w rozmowach – często przerywa innym, nad czym stara się pracować. Jest osobą niecierpliwą, o wysokiej potrzebie ruchu, który stanowi dla niej jeden z głównych mechanizmów radzenia sobie z trudnościami związanymi z ADHD. Świadoma swoich ograniczeń, stara się kształtować styl życia w taki sposób, aby pozostał dla niej ekscytujący i nie generował nudy – jest to jeden z powodów, dla których unika angażowania się w stałe związki.

Poziom lęku i stresu oraz strategie radzenia sobie

Monika stosuje szeroki wachlarz strategii radzenia sobie ze stresem, wykorzystując zarówno aktywność fizyczną, jak i techniki relaksacyjne oraz wsparcie społeczne. Istotną rolę



w redukcji napięcia odgrywa dla niej ruch i sport, które pozwalają jej na rozładowanie nadmiaru energii i poprawę koncentracji. Dodatkowo sięga po techniki mindfulness, jogę oraz medytację, które pomagają jej w osiągnięciu wewnętrznego spokoju. W sytuacjach stresowych korzysta również z rozmów z bliskimi – zarówno z rodzicami, jak i przyjaciółką, co stanowi dla niej istotne wsparcie emocjonalne. W przeszłości uczestniczyła w psychoterapii, a zdobyte tam umiejętności wykorzystuje w codziennym funkcjonowaniu. Dodatkowo zdarza jej się sięgać po słodycze jako sposób na poprawę nastroju. W sytuacjach trudnych stosuje zarówno strategie unikania (np. ucieczki od problemów), jak i konfrontacji, w zależności od charakteru sytuacji.

Do czynników szczególnie podnoszących poziom stresu badana zalicza doświadczanie porażek, konflikty interpersonalne oraz sytuacje związane z nagłymi zdarzeniami, takimi jak wypadki. Natomiast w zakresie lęku kluczowe znaczenie ma dla niej brak kontroli nad sytuacją, co wywołuje w niej silne poczucie niepewności. Ponadto negatywnie wpływa na nią świadomość istnienia zła na świecie oraz tendencja do „nakręcania się” na dany temat, co powoduje nasilanie lękowych myśli. Niepowodzenia w realizacji zamierzonych celów również stanowią dla niej istotny czynnik wywołujący lęk.

Najbardziej stresujące sytuacje w ostatnim roku

W ciągu ostatnich dwunastu miesięcy Monika wskazała trzy sytuacje, które były dla niej szczególnie stresujące. W każdej z nich zastosowała różne strategie radzenia sobie, dostosowując je do specyfiki problemu.

1. Problemy zdrowotne ojca:

Zdrowie bliskich jest dla Moniki istotnym czynnikiem wywołującym stres, dlatego sytuacja dotycząca problemów zdrowotnych ojca była dla niej szczególnie obciążająca emocjonalnie. Aby poradzić sobie z napięciem, skorzystała ze wsparcia społecznego – rozmawiała o swoich obawach z koleżanką, co pomogło jej odreagować i uzyskać emocjonalne wsparcie.

2. Egzaminy na uczelni:

Proces nauki do egzaminów generował u badanej znaczny poziom stresu, jednak poradziła sobie z nim, stosując strategię planowania i organizacji. Przygotowując się do sesji, rozpisывała szczegółowy harmonogram działań, co pozwalało jej skutecznie zarządzać materiałem i poczuć większą kontrolę nad sytuacją. Dzięki temu zminimalizowała uczucie przytłoczenia oraz zwiększyła swoją efektywność w nauce.



3. Organizacja urodzin mamy:

Pomimo że była to sytuacja związana z pozytywnym wydarzeniem, odpowiedzialność za organizację przyjęcia stanowiła dla Moniki źródło napięcia. Aby uniknąć chaosu i nadmiernego obciążenia, zastosowała strategię strukturalnego podejścia – stworzyła plan zadań, który pozwolił jej skutecznie zarządzać przygotowaniem. Dzięki temu organizacja przebiegła sprawnie, a końcowy rezultat okazał się satysfakcjonujący.

Obserwacja

Podczas wywiadu zaobserwowano, że postawa badanej ulegała zmianie – początkowo wykazywała pewne napięcie, które stopniowo ustępowało, aż do osiągnięcia bardziej zrelaksowanego stanu. Jej zachowanie było dynamiczne i pełne ekspresji – energicznie gestykulowała, często dotykała włosów, a momentami wstawała i poruszała się po pomieszczeniu. Charakterystyczne było również częste odwracanie wzroku, co mogło wskazywać na chwilowe trudności w koncentracji lub uciekanie myślami. Badana sprawiała wrażenie osoby ogólnie zadowolonej i otwartej na rozmowę, choć momentami przejawiała lekką drażliwość. Jej wypowiedzi były szybkie, głośne i emocjonalne, jednak nie zawsze w pełni uporządkowane. Zdarzało się jej przekreślać szyk zdań oraz wplatać wiele wątków w jedną wypowiedź, co mogło świadczyć o trudnościach w organizacji myśli. Mimo to treść jej wypowiedzi była spójna logicznie. W trakcie rozmowy Monika wykazywała się przyjaznym i uprzejmym nastawieniem, choć jednocześnie można było dostrzec pewną dozę nieufności. Wiele jej odpowiedzi miało charakter opisowy, lecz często brakowało w nich konkretów – badana skakała między tematami, co mogło wynikać z jej naturalnej skłonności do rozproszenia uwagi. Zdarzało się jej zapominać wątku wypowiedzi, jednak nie wskazywało to na problemy neurologiczne, a raczej na deficyty uwagi związane z ADHD. Na niektóre pytania odpowiadała z mniejszym entuzjazmem, jednak nie przejawiała przy tym wyraźnej frustracji. Jej zachowanie sugerowało, że jest świadoma swoich trudności w koncentracji i komunikacji, jednak nie wykazywała znaczącego dyskomfortu w związku z nimi. Obserwacja przy testach: Monika starała się być skupiona, jednak często się rozpraszała. Testy były jasne, nie dopytywała. Na część pytań potrzebowała dłuższego czasu odpowiedzi.

Podsumowanie

Zarówno w wywiadzie, jak i w testach psychologicznych Monika wykazała tendencję do unikania problemów poprzez angażowanie się w aktywności społeczne i inne zajęcia. Jest osobą towarzyską i aktywną, co stanowi dla niej istotne źródło wsparcia, ale jednocześnie może



działać jako mechanizm unikania trudności. Jej wynik w kwestionariuszu STAI sugeruje, że choć w danym momencie nie odczuwała nadmiernego lęku, ma tendencję do długofalowego przeżywania napięcia, szczególnie w sytuacjach, nad którymi nie ma pełnej kontroli. Kwestionariusz poczucia stresu wykazał, że funkcjonuje na przeciętnym poziomie napięcia psychicznego i nie postrzega świata jako nadmiernie stresującego, choć ma skłonność do analizowania problemów.

Wyniki testów psychologicznych są spójne z informacjami z wywiadu – potwierdzają, że Monika posiada skuteczne mechanizmy radzenia sobie ze stresem, choć unika konfrontacji z problemami w sposób zadaniowy. Jej wysoka potrzeba aktywności oraz kontaktów społecznych odzwierciedla się w jej strategiach radzenia sobie z trudnościami. Mocną stroną Moniki jest także wysoka samoocena, dobre relacje z otoczeniem oraz umiejętność dostosowywania się do zmian.

Podsumowując, Monika jest osobą o wielu zasobach, takich jak wsparcie społeczne, dobra organizacja, wysoka aktywność fizyczna i silne poczucie własnej wartości. Kluczowym obszarem do dalszego rozwoju jest wzmocnienie podejścia zadaniowego w rozwiązywaniu problemów, co mogłoby zwiększyć jej poczucie kontroli i ograniczyć tendencję do nadmiernego analizowania trudności.

Zasoby osoby badanej

1. Silne wsparcie społeczne – dobre relacje z rodziną, bliskie przyjaźnie.
2. Umiejętności adaptacyjne – elastyczność w dostosowywaniu się do zmian.
3. Wysoka aktywność fizyczna – wykorzystywana jako metoda radzenia sobie ze stresem.
4. Silne poczucie własnej wartości – Monika jest zgodna ze sobą i akceptuje swoje cechy.
5. Dobra organizacja i planowanie – widoczne w sposobie radzenia sobie ze stresem.
6. Umiejętności interpersonalne – ułatwiają jej budowanie relacji i zdobywanie wsparcia.

Badany nr 3 – Krzysztof

Dane ogólne i tło rodzinne

Krzysztof to 42 letni mężczyzna, żonaty, ojciec dwunastoletniej córki. Badany urodził się dwa miesiące przed planowanym terminem i we wczesnym dzieciństwie zmagał się z licznymi problemami zdrowotnymi. Pochodzi z rodziny o podłożu alkoholowym: ojciec nadużywał alkoholu przez wiele lat (od dwudziestu pozostaje w abstynencji), a matka wykazywała cechy współzależnienia. Okres dorastania w takim środowisku sprawił, że już jako dziecko często przyjmował rolę „bohatera” w rodzinie, wchodząc w sytuacje kryzysowe i starając się je rozwiązywać. Jego relacja z ojcem, zarówno w przeszłości, jak i obecnie, pozostaje złożona – Krzysztof od dawna zabiega o ojcowską aprobatę, jednocześnie doświadczając trudności w komunikacji i braków w obszarze wsparcia emocjonalnego. Również w relacji z matką zabrakło poczucia bezpieczeństwa, ponieważ od wczesnych lat czuł się odpowiedzialny za jej funkcjonowanie i opiekę nad nią.

Edukacja i kariera zawodowa

Pierwsze siedem lat życia spędził z matką w domu dziadków (ojciec pracował w Niemczech), co wspomina jako okres przepełniony miłością i poczuciem przynależności. W kolejnych latach, gdy pojawiły się w rodzinie nowe dzieci, Krzysztof doświadczył stopniowego odsuwania go na dalszy plan, co rodziło poczucie opuszczenia. W okresie szkolnym przejawiał zainteresowania humanistyczne, choć nie miał większych kłopotów z przedmiotami ścisłymi. Zdiagnozowano u niego dysleksję, ale potrafił skutecznie radzić sobie z trudnościami. Dopiero w liceum pojawiło się pogorszenie ocen, chociaż jego średnia wciąż utrzymywała się na poziomie około 4,5. Pomimo wyraźnych skłonności do nauk humanistycznych, wybrał studia budowlane, które początkowo okazały się dla niego dużym wyzwaniem. Powtarzał pierwszy rok, a po dwóch latach nauki wziął urlop dziekański i wyjechał do Irlandii w celach zarobkowych. Po powrocie kontynuował studia, ale nie przystąpił do egzaminu inżynierskiego. Zamiast tego zdecydował się wyjechać do Norwegii, gdzie podjął pracę jako kierowca autobusu – w tym zawodzie pracuje nieprzerwanie od 16 lat. Deklaruje, że jest zadowolony z tej profesji, choć zwraca uwagę na uciążliwości związane z systemem zmianowym.

Życie osobiste

Krzysztof w wieku 18 lat poznał swoją przyszłą żonę, z którą pobrał się osiem lat później, a następnie wspólnie wyjechali do Norwegii. Po pewnym czasie zdecydowali się na dziecko – aktualnie ich córka ma 12 lat. Badany opisuje relację z żoną jako zarazem prostą i



skomplikowaną, co wiąże z różnicami charakterologicznymi: określa siebie jako osobę skomplikowaną, żonę natomiast jako bardziej bezpośrednią w obyciu. Zajmuje się kwestiami finansowymi i organizacyjnymi w domu, podczas gdy żona aktywniej uczestniczy w wychowaniu córki. Rodzina mieszka w mieszkaniu zakupionym na kredyt.

W czasie wolnym Krzysztof najchętniej spaceruje z psem, ogląda filmy, słucha książek w formie audio lub gra w gry komputerowe – często wykonuje kilka czynności równocześnie. Szczególnie interesuje się polityką, sytuując się bliżej poglądów prawicowych. Dostrzega, że wraz z dorastaniem córki ich wspólne obszary zainteresowań ulegają zawężeniu, ale nadal ceni spędzany z nią czas. Nie jest osobą rodzinną w szerszym sensie – priorytetem pozostają żona i córka, z którymi tworzy bezpieczne środowisko. Kontakt z rodzicami i młodszą siostrą bywa konfliktowy, zwłaszcza gdy dochodzi do rozbieżności politycznych. Mimo to docenia, że w obliczu sytuacji kryzysowych potrafią się wzajemnie wspierać.

W zakresie relacji społecznych utrzymuje kontakt z dwoma najbliższymi kolegami ze szkoły średniej oraz kilkoma znajomymi z okolicy, choć sam określa się mianem „samotnika” i nie odczuwa silnej potrzeby rozbudowanego życia towarzyskiego. Najwięcej bezpieczeństwa daje mu codzienne przebywanie w znajomym środowisku; również na wakacje podróżuje zawsze w to samo miejsce – do rodzinnego domu w Polsce. Krzysztof podkreśla swoją oszczędność w zarządzaniu finansami, najczęściej inwestując w nowe gadżety i markowe ubrania sportowe. Dbą o zdrowie fizyczne, regularnie spaceruje i korzysta z bieżni. Cierpi przy tym na bóle kręgosłupa, które konsultuje z fizjoterapeutką i lekarzem. Ma również trudności ze snem, od lat przyjmuje melatoninę.

Opisuje swoją pamięć jako doskonałą, co szczególnie uwidacznia się przy tematach silnie go interesujących – potrafi wówczas osiągnąć głęboką koncentrację i ignorować bodźce zewnętrzne. W okresie dorastania zmagał się z uzależnieniem od gier komputerowych, a następnie z nałogiem palenia papierosów, ale obecnie deklaruje brak jakichkolwiek uzależnień. Nie pije też alkoholu w nadmiernych ilościach. Niechętnie mówi o potencjalnych traumach z dzieciństwa, dając do zrozumienia, że są to kwestie, których nie chce szczegółowo omawiać.

Diagnoza i funkcjonowanie z ADHD

Badany Krzysztof otrzymał diagnozę ADHD w typie mieszanym już w wieku dziecięcym, mniej więcej w tym samym okresie, w którym wykryto u niego dysleksję. Wspomina spotkania z logopedą, nie pamięta jednak żadnej formalnej terapii ukierunkowanej na zaburzenie ADHD. Nigdy nie stosował żadnych leków w celu łagodzenia objawów, nie był też zaangażowany w



proces psychoterapeutyczny. Deklaruje brak wiary w psychoterapię; wziął udział w obecnym badaniu wyłącznie dlatego, że został o to poproszony. Krzysztof przyznaje, że rozważał możliwość współwystępowania cech z zakresu spektrum autyzmu, jednak jego poszukiwania ograniczyły się do samodzielnej lektury materiałów internetowych, bez żadnych formalnych konsultacji. Ponieważ nie było wnikliwej dokumentacji dotyczącej jego diagnozy ADHD, w trakcie wywiadu przeprowadzono uzupełniający zestaw pytań pochodzących z kwestionariusza DIVA-2.0, który potwierdził jego współczesne odczuwanie wielu objawów typowych dla ADHD. W sposobie funkcjonowania Krzysztofa ujawnia się dążenie do dokładności i unikania błędów. Bardzo rzadko pozwala sobie na niedociągnięcia czy pomyłki, czego sam jest świadomy i co, w jego opinii, wynika z wysokich wymagań stawianych sobie samemu. Jednocześnie przyznaje, że trudno mu się zmotywować do działań niebudzących jego zainteresowania. Ceni stabilność i rutynę, dokładnie planuje każdą czynność w ciągu dnia. Mimo to nie przepada za nadmiernym wysiłkiem intelektualnym, woli natomiast poszerzać wiedzę poprzez słuchanie podcastów na temat „działania świata”. Wbrew stereotypowym cechom nie ma trudności z rozpraszaniem się – przeciwnie, potrafi niezwykle skoncentrować się na zadaniach, które uważa za istotne, a ponadto dysponuje doskonałą pamięcią. Deklaruje, że podczas wykonywania interesujących go zadań nie odczuwa wpływu bodźców zewnętrznych. Jednocześnie jest osobą bardzo aktywną ruchowo – przyznaje, że nawet w spoczynku wykonuje mimowolne ruchy, na przykład trzyma nogę w ciągłym ruchu. Ma także tendencję do nadmiernej gadatliwości, wynikającej z przekonania, że ma wiele ciekawego do przekazania innym. Czasem przejawia też skłonność do kończenia za innych ich wypowiedzi oraz niechęć do czekania na swoją kolej w rozmowie.

Poziom lęku i stresu oraz strategie radzenia sobie

Krzysztof wskazuje, że do czynników szczególnie podnoszących poziom lęku należą myśli związane z córką oraz obawy o jej przyszłość. W obszarze stresu najsilniej działają na niego sytuacje konfliktowe i trudne rozmowy z rodzicami, które często wiążą się z odmiennymi poglądami bądź wspomnieniami z przeszłości.

W celu radzenia sobie z napięciem wykorzystuje zarówno strategie aktywne, jak i unikowe. W obliczu stresu chętnie sięga po aktywność fizyczną oraz gry komputerowe, traktując je jako formę odskoczni od codziennych problemów. Często koncentruje uwagę na sprawach córki, co stanowi dla niego dodatkową motywację i daje poczucie sensu. W niektórych sytuacjach decyduje się na unikanie konfrontacji, wycofując się z sytuacji trudnych, jednak bywa też, że



podejmuje bezpośrednie działanie, gdy uznaje to za niezbędne dla ochrony własnych granic lub interesów.

Najbardziej stresujące sytuacje w ostatnim roku

W ostatnim roku Krzysztof zmagał się z trzema szczególnie stresującymi sytuacjami:

1. Problemy córki w szkole:

Konieczne okazały się rozmowy z wychowawczynią, dyrektorką i rodzicami koleżanek, jednak kluczowe było wsparcie emocjonalne udzielone córce. Największy stres wynikał z bezradności – nie mógł całkowicie rozwiązać jej trudności.

2. Trudności zdrowotne:

Regularne wizyty lekarskie i konsultacje ze specjalistami pomogły mu utrzymać poczucie kontroli, co łagodziło lęk związany z niepewnością co do stanu zdrowia.

3. Kupno samochodu:

Kilkutygodniowe przeglądanie ofert w Internecie oraz porównywanie parametrów technicznych i kosztów wywoływały napięcie. Ostatecznie jednak skrupulatna analiza pozwoliła mu wybrać optymalny pojazd w granicach dostępnego budżetu.

Obserwacja

W trakcie wywiadu Krzysztof sprawiał wrażenie osoby wyraźnie zdenerwowanej. Odpowiedzi na zadawane pytania były zwięzłe, a on sam unikał ujawniania szczegółów dotyczących swojego życia prywatnego. Wyraźnie można było zaobserwować wzmożoną aktywność ruchową – przez większość czasu machał nogą, pstrykał palcami, a co pewien czas wydawał gardłowy dźwięk przypominający „hem”. W pewnym momencie zaproponowano mu zmianę miejsca na podłogę, co, choć nie wyeliminowało całkowicie jego napięcia, wyraźnie złagodziło widoczne objawy niepokoju. Badany usiadł w jednej pozycji, nadal poruszając nogą, lecz od czasu do czasu chwycił się za stopę, starając się powstrzymać mimowolne ruchy. Sporadycznie odwracał wzrok, co mogło świadczyć o trudności w utrzymaniu koncentracji na rozmowie. Niekiedy próbował też zmieniać temat na bardziej neutralny, jednak szybko wracał do celu spotkania, jakby uświadamiał sobie, że pierwotny kontekst wywiadu był nadrzędny. Zapytany czy woli odpowiadać, czy sam wypełniać test, wybrał to drugie. Badania wykonał szybko, bez większego namysłu. Nie odpoczywał między testami, wykonywał jeden po drugim, jakby gdzieś się spieszył. Nie rozpraszał się dźwiękami, niespodziewanymi ruchami. Jednak wydawał się w tym lekko rozkojarzony, spoglądając czasem przez okna. Cały czas machał nogą, co jakiś czas pstrykał długopisem.



Podsumowanie

Na podstawie przeprowadzonego wywiadu i badań stwierdzono, że Krzysztof zmagają się z ADHD w typie mieszanym, co wpływa na jego codzienne funkcjonowanie oraz sposoby radzenia sobie ze stresem. Podwyższony poziom lęku wiąże się głównie z obawami o przyszłość i relacje rodzinne, zwłaszcza z córką, natomiast wysoki poziom stresu wynika głównie z konfliktów i poczucia odpowiedzialności za bliskich. W sytuacjach trudnych Krzysztof koncentruje się na działaniu, korzystając z aktywności fizycznej czy gier komputerowych, choć unika głębszych rozmów i zmian. Jego styl funkcjonowania jest ściśle podporządkowany rutynie i starannie zaplanowanemu dniowi. Potrafi skoncentrować się intensywnie na interesujących go zadaniach, lecz ma trudności z uwagą w czynnościach wymagających wysiłku umysłowego. Zaobserwowano też tendencję do impulsywnych zachowań w rozmowie (przerywanie, gadatliwość) i nadpobudliwość ruchową (m.in. ciągłe poruszanie nogą). Mimo to Krzysztof nie korzystał dotąd z psychoterapii i nie wyraża wobec niej zaufania, stawiając na samodzielne radzenie sobie z wyzwaniami wynikającymi z ADHD.

Zasoby osoby badanej

1. Styl zadaniowy – w sytuacjach trudnych Krzysztof koncentruje się na konkretnych działaniach i dąży do wypracowania rozwiązań.
2. Odpowiedzialność i konsekwencja – cechy widoczne w życiu prywatnym i zawodowym, ułatwiającej skuteczną realizację celów.
3. Zdolności organizacyjne i planowanie – ustalony porządek w życiu zapewnia stabilność i przewidywalność, co pomaga w redukcji stresu.
4. Umiejętność koncentracji – potrafi intensywnie skupić się na interesujących go zadaniach, dogłębnie je analizować i znajdować optymalne rozwiązania.
5. Silne poczucie obowiązku wobec rodziny – angażuje się w życie domowe, podejmuje decyzje w kwestiach finansowych i organizacyjnych.
6. Ograniczone, ale wartościowe relacje społeczne – posiada bliskich kolegów i utrzymuje kontakt z rodziną, potrafi się zjednoczyć w razie potrzeby.
7. Odporność psychiczna – w sytuacjach stresowych działa skutecznie pod presją, podejmuje szybkie i racjonalne decyzje.
8. Dbanie o zdrowie fizyczne – regularne spacerowanie i ćwiczenia wpływają pozytywnie na radzenie sobie z napięciem i stresem.



9. Umiejętność analitycznego myślenia – skrupulatnie podchodzi do rozwiązywania problemów, co widać w sprawnym podejmowaniu decyzji i poszukiwaniu praktycznych rozwiązań.



Badany nr 4 – Roman

Dane ogólne i tło rodzinne

Roman, 36-letni mężczyzna, żonaty, od dzieciństwa doświadczał trudnych relacji rodzinnych. Wychowywał się w domu, w którym ojciec stosował przemoc wobec matki oraz źle traktował synów. Gdy Roman miał 15 lat, rodzice rozwiedli się. Do chwili obecnej nie utrzymuje kontaktu z ojcem, natomiast z matką pozostaje w relacji bliskiej, choć zarazem napiętej. Posiada młodszego o rok brata, z którym zawsze łączyły go silne więzi. Pierwsze lata dzieciństwa spędził razem z matką i bratem w domu dziadków od strony matki, a do przedszkola poszedł dopiero w wieku pięciu lat. W podstawówce, gimnazjum oraz liceum wyróżniał się bardzo dobrymi wynikami, szczególnie w językach (angielski i polski), natomiast przedmioty ściśle sprawiały mu większe trudności. Przez wiele lat przyjmował założenie, że musi być najlepszy, by cokolwiek osiągnąć. Nie posiada prawa jazdy.

Edukacja i kariera zawodowa

Po ukończeniu liceum zdecydował się na studia psychologiczne. Po ich ukończeniu wrócił do rodzinnego miasta i rozpoczął pracę w zawodzie. Kolejno pracował w Domu Pomocy Społecznej (DPS), później w pomocy społecznej przy interwencji kryzysowej, aż w końcu znalazł zatrudnienie w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej (PPP). Nieustannie podnosi kwalifikacje, czerpiąc satysfakcję z pracy. Planuje w przyszłości uzyskać specjalizację psychoterapeutyczną. Jego każdy dzień jest ściśle uporządkowany: od godziny 7 do 15 pracuje w PPP, między 15 a 16 robi przerwę, a od 16 do 19 zajmuje się interwencją kryzysową. Piątkowe popołudnia ma wolne, aby móc załatwiać sprawy urzędowe czy prywatne.

Życie osobiste

Z żoną poznał się w wieku 21 lat i po 11 latach związku pobrali się, mając wówczas 32 lata. Decyzja o braku potomstwa była w pełni świadoma, głównie z uwagi na ich styl życia. Obecnie mieszka z żoną w mieszkaniu, do którego połowę kosztów pokryła matka Romana, a pozostałą część sfinansowali sami. Jego żona, absolwentka Akademii Sztuk Pięknych, pracuje jako grafik komputerowy w lokalnej firmie. Dla Romana priorytet stanowi zachowanie ustalonego porządku i rytmu dnia, co jest jednym z powodów, dla których nie zdecydowali się na dzieci. Para ma kota, którego traktuje jak członka rodziny.

W wolnym czasie badany praktykuje gry komputerowe i planszowe, uczestniczy w LARP-ach i konwentach średniowiecznych, przy czym przebiera się za rycerza. Często spotyka się z



grupą znajomych w celu wspólnego grania w strategiczne gry planszowe. Ponadto chętnie sięga po książki oraz audiobooki. Dbą o swoje zdrowie – do pracy chodzi pieszo, nie ma uzależnień ani nałogów, a jego dieta jest, wedle jego słów, „normalna”, bez specjalnych ograniczeń. Zgłasza jednak problemy z kręgosłupem (dwie przepukliny), co niekiedy utrudnia mu aktywność ruchową. Pomimo to nie przepada za dodatkowymi formami sportu, tłumacząc to brakiem czasu. Jako psycholog stara się pozostawać otwarty na różne światopoglądy i nie deklaruje konkretnego poglądu politycznego, choć na wybory uczęszcza regularnie.

Diagnoza i funkcjonowanie z ADHD

ADHD zdiagnozowano u Romana w dzieciństwie, podobnie jak nadpobudliwość ruchową. Wspomina, że głównym założeniem w jego terapii było zalecenie dodatkowych zajęć ruchowych, a także ćwiczeń z koncentracji uwagi i szybkiego czytania. Największe wsparcie w kompensowaniu objawów ADHD otrzymywał od dziadków. W wywiadzie, posiłkując się pytaniami z DIVA-2.0, ustalono, iż w dalszym ciągu przejawia pewne typowe dla ADHD trudności w zakresie uwagi i potrzeby ruchu. Roman pilnuje, by nie dopuszczać do sytuacji, w których by zapominał o istotnych zadaniach czy rzeczach. Deklaruje, że zapomina wyłącznie o sprawach nietypowych, odbiegających od ustalonej rutyny. Ma trudności z odpoczynkiem, nie lubi beczynnie siedzieć i zdecydowanie lepiej funkcjonuje, gdy ma wiele zajęć. Stara się też panować nad impulsem przerywania rozmówcom i świadomością, że nie lubi czekać na swoją kolej.

Poziom lęku i stresu oraz strategię radzenia sobie

Za kluczowy czynnik podnoszący jego poziom lęku uznaje niepewność. Jeżeli chodzi o stres, najbardziej obciążające są dla niego wszelkie niepowodzenia w pracy lub życiu osobistym, myśl o konieczności kształcenia i dalszego rozwoju, a także sytuacje, w których odczuwa brak poczucia kontroli (również wynikający z niepewności). Aby radzić sobie z napięciem, sięga po literaturę, gry (w tym komputerowe), oddaje się rozrywkom osadzonym w innym „świecie” i zależnie od sytuacji, wybiera strategię konfrontacji lub ucieczki.

Najbardziej stresujące sytuacje w ostatnim roku

Zapytany o trzy wydarzenia wywołujące największy stres w minionych 12 miesiącach, Roman wskazał:

1. Choroba matki i brak jej zaangażowania w proces leczenia:



Irytuje go to, że matka nie dąży aktywnie do poprawy swojego stanu zdrowia. Stara się jednak ją wspierać.

2. Problemy w miejscu pracy:

Aby zminimalizować poziom stresu, stosował się ściśle do obowiązujących procedur w PPP, co pozwoliło mu zachować profesjonalizm i uporządkować sytuację.

3. Awaria samochodu:

Sytuację rozwiązał, oddając pojazd do mechanika.

Podczas omawiania tych zdarzeń badany wyrażał niechęć do dzielenia się szczegółami.

Obserwacja

Przeprowadzony wywiad trudno było nazwać rozmową w swobodnym znaczeniu – Roman konsekwentnie odpowiadał na zadawane pytania krótko i rzeczowo, nie podejmując inicjatywy w rozwijaniu tematów. Prezentował spokojną, opanowaną postawę, nie rezygnując jednak z uprzejmego uśmiechu. Jako jedyny z badanych sprawiał wrażenie dokładnie przygotowanego na spotkanie. Przez większość czasu siedział prosto, okazjonalnie podrygując nogą; widać było, że stara się kontrolować tę reakcję, kładąc dłonie na kolanach, jakby usiłował zapobiec mimowolnym ruchom kończyn. Utrzymywał kontakt wzrokowy, nie wykazywał zewnętrznych oznak spięcia, choć jednocześnie trudno określić go jako osobę w pełni rozluźnioną. Sprawiał wrażenie, że bardzo zależy mu na wywarciu pozytywnego wrażenia i pokazaniu się od możliwie najlepszej strony. Badania wykonywał sam, pstrykając długopisem. Wykonał je szybko, bez większego zainteresowania, skupienia.

Podsumowanie

Wyniki testów potwierdzają informacje uzyskane w wywiadzie, ukazując Romana jako osobę dobrze funkcjonującą, uporządkowaną efektywnie radzącą sobie w codziennym życiu. Obserwacje z wywiadu wskazują, że jest profesjonalny, przygotowany i rzeczowy w kontaktach, co znajduje odzwierciedlenie w jego wysokim poziomie organizacji i skuteczności zawodowej.

Wyniki STAI wskazują na podwyższony poziom lęku jako cechy, co może być związane z jego historią życiową i wychowaniem w przemocowym domu. Możliwe jest, że badany przez lata wypracował skuteczne mechanizmy radzenia sobie, ale w sytuacjach długotrwałej niepewności czy dużego stresu może odczuwać zwiększone napięcie i zamartwianie się.

Wysoki wynik kłamstwa w KPS potencjalnie wskazuje, że badany chciał zaprezentować się w korzystnym świetle, co koreluje z obserwacją formalnego charakteru wywiadu i ostrożnego ujawniania informacji. Ogólnie jednak spostrzeżenia z wywiadu i wyniki badań nie są ze sobą sprzeczne, a raczej wzajemnie się uzupełniają.

Podsumowując, Roman jest osobą dobrze funkcjonującą, zorganizowaną i posiadającą liczne zasoby wspierające jego dobrostan. Choć może mieć skłonności do odczuwania lęku i kontrolowania swojego wizerunku, to skutecznie kompensuje te trudności poprzez elastyczne strategie radzenia sobie i wsparcie otoczenia.

Zasoby osoby badanej

1. Wysoka zdolność organizacyjna – dobrze planuje swój czas i życie zawodowe, co pozwala mu efektywnie działać.
2. Wspierające relacje – bliskie więzi z bratem i stabilny związek małżeński zapewniają mu emocjonalne wsparcie.
3. Zainteresowania i hobby – angażowanie się w gry, LARP-y i czytanie pozwala mu redukować stres i rozwijać pasje.
4. Stały rozwój zawodowy – regularne doksztalcanie się i ambicje związane z psychoterapią są jego silnym zasobem.
5. Doświadczenie w pracy z ludźmi – umiejętności zdobyte w pracy w interwencji kryzysowej i poradni pozwalają mu lepiej rozumieć siebie i innych.
6. Dobra kondycja fizyczna – mimo problemów z kręgosłupem dba o swoje zdrowie, chodzi pieszo i unika nałogów.
7. Elastyczność w radzeniu sobie ze stresem – umiejętność dostosowania strategii radzenia sobie do sytuacji pozwala mu skutecznie reagować na trudne momenty.

Badany nr 5 – Kamil

Dane ogólne i tło rodzinne

Kamil, 41-letni mężczyzna, żyje w związku małżeńskim i jest ojcem ośmioletniego syna. Dorastał w rodzinie, w której dominowały restrykcyjne zasady religijne, narzucone głównie przez rodziców-fanatyków katolickich. Wczesne dzieciństwo wspomina jako pełne chaosu. Matka, będąca z zawodu wojskowym, zachowywała spokój i równowagę w obliczu surowego wychowania ojca, który nie wahał się stosować wobec syna kar cielesnych. Najwcześniejsze wspomnienie Kamila pochodzi z przedszkola, z którego został wydalony za gryzienie innych dzieci. Po tym incydencie wrócił pod opiekę matki, sprawującej pieczę nad nim i cztery lata młodszym bratem.

Edukacja i kariera zawodowa

W szkole radził sobie na poziomie dostatecznym, co było wystarczające, aby zadowolić rodziców. Szczególną łatwość przejawiał w przedmiotach logicznych, takich jak matematyka, natomiast nauka pamięciowa – np. regulek – przychodziła mu z trudem. Miewał także trudności z ortografią, koncentracją oraz dłuższym siedzeniem w miejscu. Często określano go mianem „zdolnego, ale leniwego”. W efekcie zaleceń pedagoga szkolnego matka zdecydowała się na diagnozę w kierunku ADHD, która okazała się pozytywna. Ojciec nie akceptował tego rozpoznania, wierząc, że Kamil „naprawi się” za pomocą siły. Do czasu ukończenia liceum badany funkcjonował w roli posłusznego dziecka, by następnie wkroczyć w okres nastoletniego buntu przeciw ojcu, Kościołowi oraz światu. Dzięki wysokiej średniej ocen i maturze zdał dość dobrze, aby dostać się na studia z logistyki, które ukończył w wieku 24 lat. W tym czasie nawiązał pierwsze głębsze relacje towarzyskie poza rodziną; poznał też obecną żonę – młodszą o trzy lata. Nadużywał wówczas alkoholu i narkotyków (m.in. marihuany, amfetaminy). Tuż przed planowanym wyjazdem do Norwegii przytrafił mu się romans z koleżanką, co wywołało kryzys w związku. Kamil przyznał się żonie do zdrady, a decyzja o wyjeździe stała się jednocześnie próbą ratowania ich małżeństwa. Po osiedleniu się w Norwegii rozpoczął pracę jako kierownik w firmie budowlanej, jednak po kilku latach zrezygnował, szukając nowych wyzwań. Założył własną firmę budowlaną, zmieniając jej profil wielokrotnie (m.in. import mebli z Polski, kawy czy odlewów gipsowych). Gdy podczas pandemii pojawiły się problemy z utrzymaniem firmy, powrócił do stałego zatrudnienia w logistyce, z którego chce odejść, czując wypalenie.

Życie osobiste



Z żoną, poznaną jeszcze w liceum (grupa kościelna), ma raczej zgodny związek, choć sam przyznaje, że „nie zawsze jest tak, jak być powinno”. Ceni wolność i nie pozwala się ograniczać, co przekłada się na potrzebę spontaniczności i odnowy w życiu. Kamil deklaruje, że tęskni za czasem, gdy przed urodzeniem dziecka mógł swobodnie imprezować. Decyzja o posiadaniu dziecka, podobnie jak wspólny wyjazd za granicę, była częściowo próbą „naprawienia” związku. Z synem utrzymuje przyzwoity kontakt – głównie poprzez wspólne oglądanie filmów i granie w gry komputerowe. Żona przez wiele lat zajmowała się domem i wychowywaniem syna, obecnie pracuje w przedszkolu. Kamil utrzymuje szeroką sieć znajomych, ale niewielu z nich uważa za prawdziwych przyjaciół. Lubi imprezy alkoholowe, okazjonalnie sięga po „lekkie” narkotyki. Nie utrzymuje natomiast więzi z bratem – nie widują się ani nie rozmawiają od kilku lat z powodu poważnej kłótni.

Kamil ma trudności z okazywaniem emocji i skłonność do ich tłumienia. Dwa razy w tygodniu chodzi na trening piłki nożnej lub inne formy aktywności sportowej; jest fanem tej dyscypliny. Stara się dbać o kondycję fizyczną, potrafi ograniczyć jedzenie w razie potrzeby utrzymania formy, choć przyznaje, że nie przepada za warzywami. Pali papierosy i określa się jako osobę nerwową (choleryk), lecz jednocześnie sympatyczną i towarzyską. Cieszy się opinią rozmownego człowieka, co sprawia, że ludzie łatwo go akceptują. Lubi spędzać urlop w komfortowych warunkach, preferuje wycieczki typu all inclusive. Nie cierpi na żadne przewlekłe choroby, choć kilka razy przydarzały mu się urazy wymagające interwencji pogotowia (np. złamania).

Diagnoza i funkcjonowanie z ADHD

W dzieciństwie zdiagnozowano u Kamila ADHD, jednak nie wdrożono wówczas żadnej terapii. Dopiero w okresie nastoletnim dowiedział się o zaburzeniu przy okazji konfliktu z ojcem, co pomogło mu w zrozumieniu własnego funkcjonowania, choć nie zdecydował się na leczenie farmakologiczne czy psychoterapię z uwagi na brak zaufania do tej formy wsparcia. Uzupełnienie wywiadu o pytania z DIVA-2.0 potwierdziło, że Kamil nadal przejawia pewne trudności wynikające z ADHD. Twierdzi, że nie popełnia błędów, a jeśli już zdarzają mu się kłopoty z koncentracją, umie „się ogarnąć”, by zapanować nad zadaniem. Przyznaje, że nie czyta instrukcji („Instrukcje są dla głupców”) i kieruje się własnym doświadczeniem.

W pracy skupia się na zadaniach od początku do końca, jednak w domu ma duże problemy z organizacją działań – w tym obszarze najczęściej polega na żonie. Unika długotrwałego wysiłku umysłowego, deklarując jednocześnie, że pragnie mieć kontrolę nad wszystkim. W



warunkach domowych łatwo się rozprasza i regularnie gubi przedmioty, co tłumaczy nadmiarem pomysłów i niewystarczającą motywacją do ich realizacji. Działając „jak nakręcony”, bywa niecierpliwy – nie czeka na swoją kolej w rozmowach i czasem odpowiada za innych.

Poziom lęku i stresu oraz strategie radzenia sobie

Kamil przyznaje, że głównymi czynnikami stresogennymi są dla niego porażki oraz kłótnie, zwłaszcza w obrębie życia rodzinnego i zawodowego. Deklaruje, że nie odczuwa typowego lęku – raczej mierzy się ze wzmożonym poziomem irytacji i frustracji.

W obliczu stresu sięga najczęściej po papierosy, co traktuje jako sposób na szybkie odreagowanie. Wspomina też o korzystaniu z alkoholu, sportu, wyjazdów na wycieczki (w tym all inclusive), podczas których odpoczywa od codziennych trosk. Często uczestniczy w imprezach towarzyskich, zbliżonych do jego dawnych rozrywek z młodości.

Najbardziej stresujące sytuacje w ostatnim roku

Zapytany o trzy szczególnie stresujące wydarzenia w ciągu ostatnich 12 miesięcy, Kamil wskazał:

1. Nieudane inwestycje:

Przedstawił szeroką analizę prawną możliwych działań, jednak finalnie nie rozwiązał problemu, a winą za niepowodzenia obarczył inne osoby.

2. Konflikty domowe z żoną:

Opisał je dość obszernie, aczkolwiek szczegóły wskazują, że nie doszło do wypracowania trwałych rozwiązań.

3. Anulowana rezerwacja hotelu na wakacjach:

Poradził sobie z tym, rezerwując inny obiekt, co jednak wywołało u niego silny stres.

Obserwacja

W trakcie wywiadu Kamil sprawiał wrażenie osoby skoncentrowanej na sobie, często odbiegał od sedna pytań, zmieniał wątki i dodawał dygresje. Starał się zachować jednocześnie postawę zrelaksowaną i skupioną. Był rozmowny, wręcz wygadany, lecz unikał wulgaryzmów, starannie dobierając słowa. Czasami flirtował i prowokował, nierzadko naruszając normy obyczajowe, by przedstawić się jako osoba atrakcyjna towarzysko. Przez całą rozmowę siedział w tej samej pozycji, często trzęsąc nogą i spoglądając na telefon. Utrzymywał kontakt wzrokowy, chociaż momentami zdradzał oznaki rozkojarzenia. Obserwowano u niego potrzebę

przejmowania inicjatywy w dyskusji, a także trudność w konsekwentnym prowadzeniu jednego wątku. To wszystko może wskazywać na tendencję do egocentryzmu oraz braku cierpliwości w słuchaniu innych. Spędził dużo czasu na wypełnianiu testów, co jakiś czas starając się co jakiś czas zagadywać na inne tematy albo robiąc dygresje na temat pytań.

Podsumowanie

Wyniki przeprowadzonych badań psychologicznych (CISS, STAI, KPS) oraz informacje z wywiadu wskazują, że Kamil w sytuacjach stresowych preferuje styl skoncentrowany na emocjach, co przejawia się w silnym przeżywaniu frustracji, złości lub lęku. Brak konstruktywnych prób rozwiązania problemu sprawia, że zamiast skupiać się na działaniu, Kamil przenosi odpowiedzialność na innych lub unika konfrontacji. Rzadko szuka wsparcia społecznego, co jest zgodne z jego deklarowaną niezależnością i niechęcią do przyznawania się do słabości.

Jednocześnie, wyniki STAI sugerują skłonność do doświadczania umiarkowanego lęku w różnych sytuacjach, mimo że badany deklaruje, iż nie odczuwa go wprost. Może to wynikać z dziecięcych doświadczeń, w których okazywanie słabości spotykało się z przemocową reakcją ojca, co nauczyło Kamila wypierania własnych emocji. Kwestionariusz Poczucia Stresu wskazuje natomiast na tendencję do przeżywania napięcia emocjonalnego, potwierdzając spostrzeżenia z CISS oraz STAI.

Ogólnie, Kamil reaguje na trudności w sposób impulsywny i emocjonalny, unikając zadaniowego rozwiązywania problemów i rzadko korzystając ze wsparcia otoczenia. Historia jego życia (m.in. liczne zmiany zawodowe, przeprowadzka za granicę, decyzje związane z „ratowaniem” małżeństwa) sugeruje potrzebę ciągłych poszukiwań i unikanie stabilizacji. Wiele z tych zachowań można wiązać z brakiem wsparcia emocjonalnego w dzieciństwie oraz surowym wychowaniem, które mogło ukształtować nieadaptacyjne mechanizmy radzenia sobie ze stresem.

Zasoby osoby badanej

1. Silna inteligencja i umiejętność adaptacji – potrafi dostosowywać się do nowych warunków, co widać na przykładzie jego kariery zawodowej i licznych przedsięwzięć biznesowych.
2. Wysoka zdolność komunikacyjna – jest osobą wygadaną i lubianą, co pomaga mu w relacjach zawodowych i społecznych.



3. Determinacja i inicjatywa – pomimo trudnych sytuacji, nie rezygnuje z podejmowania nowych działań.
4. Aktywność fizyczna i sport – regularne treningi pomagają mu w regulacji napięcia i radzeniu sobie ze stresem.
5. Dobra sytuacja materialna – stabilność finansowa daje mu poczucie bezpieczeństwa.
6. Zdolność do refleksji – mimo początkowej niechęci do terapii, przejawia zdolność do autorefleksji, co może w przyszłości sprzyjać lepszemu zrozumieniu siebie.



7.2.3. Wyniki testów psychologicznych

Badana nr 1 – Anna

Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS

Wykorzystane zostały normy stenowe dla osób w wieku 25-54 lata, z uwzględnieniem prawdopodobieństwa 85% w przedziałach ufności.

Skale CISS

1. Styl skoncentrowany na zadaniu – dokładny wynik 63, sten 6 (w przedziałach ufności wynik <5,7>)
2. Styl skoncentrowany na emocjach – dokładny wynik 52, sten 8 (w przedziałach ufności wynik <6,8>)
3. Styl skoncentrowany na unikaniu – dokładny wynik 47, sten 6 (w przedziałach ufności wynik <5,7>)
 - 3.1. Angażowanie się w czynności zastępcze – dokładny wynik 29, sten 9 (w przedziałach ufności wynik <8,9>)
 - 3.2. Poszukiwanie kontaktów towarzyskich – dokładny wynik 11, sten 3 (w przedziałach ufności wynik <2,4>)

Zależności między SSZ-SSE i SSU-SSE są znaczące, zależność między SSZ-SSU jest nieznacząca.

U badanej styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na emocjach jest dominującym. Oznacza to, że badana wykazuje tendencję do koncentrowaniu się na sobie, na własnych przeżyciach emocjonalnych. Działania badanej mogą prowadzić do zmniejszenia napięcia emocjonalnego związanego z sytuacją stresową, jednak czasem mogą powiększać poczucie stresu, powodować wzrost napięcia lub przygnębienie. Wyniki mogą sugerować większą skłonność do reagowania emocjonalnego w sytuacjach stresowych oraz do huśtawek emocjonalnych. Badana może mieć skłonność do ciągłej analizy i przeżywania negatywnych doświadczeń. Dodatkowo może mieć problem z kontrolowaniem swoich emocji, co może prowadzić do impulsywnych reakcji. Wszystko to zwiększa ryzyko doświadczania objawów lękowych i depresyjnych. Przeciętne wyniki w skali SSZ wskazują, że nie unika ona konfrontacji z problemem. Warto zaznaczyć tutaj też wyniki z podskal SSU, wysoki z angażowania się czynności zastępcze, a niski w poszukiwaniu kontaktów towarzyskich.



Wyniki te łącznie dają przeciętny wynik w skali SSU, jednak same sobie wskazują na to, że badana ucieka w czynności zastępcze, które mogą niekorzystnie wpływać na przywrócenie dobrostanu sprzed sytuacji kryzysu.

Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI

W skali lęku – stanu wynik mieści się w przedziale wyników średnich i wysokich. Wynik surowy mieści się w stenie 6, 64 centylu. Wynik surowy z prawdopodobieństwem 85% mieści się w przedziale <34,42>; wynik przeliczony w skali stenowej mieści się w przedziale <5,7>.

W skali lęku – cechy wynik mieści się w przedziale wyników średnich i wysokich. Wynik surowy mieści się w stenie 7, 77 centylu. Wynik surowy z prawdopodobieństwem 85% mieści się w przedziale <45,53>; wynik przeliczony w skali stenowej mieści się w przedziale <6,7>.

Na podstawie wyników średnich i wysokich uzyskanych w badaniu przeprowadzonym przy pomocy Inwentarza Stanu i Cechy Lęku STAI można zakładać, że w momencie wypełniania testu badana mogła odczuwać umiarkowany lęk sytuacyjny, jednak jej reakcja nie odbiega znacząco od normy. Wynik średni i wysoki, lęku jako cechy może wskazywać na umiarkowaną do podwyższonej tendencję do przeżywania lęku na co dzień. Badana może mieć większą niż przeciętna wrażliwość na sytuacje stresowe i postrzegać je jako bardziej wymagające lub trudne. Wyniki te wskazują również, że lęk nie jest jedynie chwilową reakcją, ale też częścią sposobu funkcjonowania. Może się nadmiernie zamartwiać, odczuwać wzmożoną czujność i napięcie, nasilone reakcje somatyczne. Dążyć to może do obniżonej odporności psychicznej, podwyższonego ryzyka zaburzeń lękowych oraz trudności w relacjach społecznych.

Kwestionariusz Poczucia Stresu KPS

1. Napięcie emocjonalne – wynik mieści się w przedziale wyników wysokich – 31 – sten 8
2. Stres zewnętrzny – wynik mieści się w przedziale wyników przeciętnych – 24 – sten 5
3. Stres intrapsychiczny – wynik mieści się w przedziale wyników przeciętnych – 26 – sten 6
4. Skala kłamstwa – wynik mieści się w przedziale wyników niskich – 12 – sten 2
5. Skala ogólna – wynik mieści się w przedziale wyników wysokich – sten 7

Wyniki poszczególnych skal nie różnią się od siebie znacząco.



W Kwestionariuszu Poczucia Stresu, w skali kłamstwa badana uzyskała wynik niski, który wskazuje o braku przejawiania tendencji do fałszowania obrazu siebie. Kobieta, według wyników badania, doświadcza duże napięcia emocjonalne. Deklaruje, że doświadcza poczucia nadmiernego niepokoju, nadmiernej nerwowości, trudności w odprężaniu się. Miewa brak energii do działania, przejawia tendencje do rezygnacji z realizacji planów, różnych zadań przed ukończeniem ich. Czasami towarzyszy jej poczucie zmęczenia bez widocznej przyczyny. Wyniki dotyczące wymiaru stresu zewnętrznego wyszły przeciętne, typowe dla większości ludzi. Wynik wysoki w wymiarze stresu intrapsychnicznego wskazuje na częste pojawianie się obaw, zmartwień, poczucia trudności w realizacji celów, wyzwania dnia codziennego, nie doceniając siebie i swoich zasobów. Zdarza jej się odczuwać osamotnienie, przeżywa niektóre sytuacje z przeszłości. Ma trudności w poradzeniu sobie w konfrontacji z samą sobą. Częściej obwinia siebie o problemy niż środowisko społeczne. Wynik ogólny wyszedł wysoki, na poziomie 7 stenu.

Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem COPE

1. Aktywne radzenie sobie – 11
2. Planowanie – 15
3. Poszukiwanie instrumentalnego wsparcia społecznego – 12
4. Poszukiwanie emocjonalnego wsparcia społecznego – 11
5. Unikanie konkurencyjnych działań – 9
6. Zwrot ku religii – 4
7. Pozytywne przewartościowanie i rozwój – 10
8. Powstrzymanie się od działania – 10
9. Akceptacja – 9
10. Koncentracja na emocjach i ich wyładowanie – 13
11. Zaprzeczanie – 6
12. Odwracanie uwagi – 9
13. Zaprzestanie działań – 9
14. Zażywanie alkoholu lub innych środków psychoaktywnych – 7
15. Poczucie humoru – 8

Na podstawie wyników otrzymanych w Wielowymiarowym Inwentarzu do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem – COPE, wykazuje się, że badana w podobnym stopniu korzysta z radzenia sobie skoncentrowanym na problemie, jak z radzenia sobie skoncentrowanego na emocjach i wsparciu społecznym. Przede wszystkim stara się rozważać wszystkie aspekty



poradzenia sobie z problemem oraz zajmuje się uświadomieniem sobie swoich emocji dotyczących problemu i ich wyładowaniem. Poszukuje wsparcia społecznego i podejmuje działania zmierzające do zmniejszenia stresora, lub jego skutków. Badana rzadko posługuje się stylem unikowym w radzeniu sobie z problemami.



Badana nr 2 – Monika

Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS

Wykorzystane zostały normy stenowe dla osób w wieku 25-54 lata, przyjmując przedziały ufności na poziomie 85%

Skale CISS

1. Styl skoncentrowany na zadaniu – dokładny wynik 53, sten 4 (w przedziałach ufności wynik <3,5>)
2. Styl skoncentrowany na emocjach – dokładny wynik 43, sten 6 (w przedziałach ufności wynik <5,7>)
3. Styl skoncentrowany na unikaniu – dokładny wynik 59, sten 8 (w przedziałach ufności wynik <7,9>)
 - 3.1. Angażowanie się w czynności zastępcze – dokładny wynik 27, sten 8 (w przedziałach ufności wynik <7,9>)
 - 3.2. Poszukiwanie kontaktów towarzyskich – dokładny wynik 24, sten 9 (w przedziałach ufności wynik <8,10>)

Zależności między SSZ-SSE, SSU-SSZ i SSU-SSE są znaczące.

Wyniki badania sugerują, że Monika w sytuacjach stresowych nie koncentruje się na rozwiązywaniu problemów, lecz unika ich poprzez angażowanie się w inne czynności i kontakty społeczne. Może to mieć wpływ na jej życie zawodowe i osobiste – zamiast aktywnie zmierzyć się z wyzwaniami, może je ignorować lub przenosić odpowiedzialność na innych. Jej strategie unikania mogą również prowadzić do chwilowej ulgi, ale długofalowo mogą utrudniać skuteczne radzenie sobie z trudnościami.

Styl radzenia sobie ze stresem, który opiera się na unikaniu i silnym przeżywaniu emocji, może mieć wpływ na relacje z bliskimi oraz na stabilność zawodową. Może także zwiększać podatność na frustrację i impulsywne reakcje. Wysokie poszukiwanie kontaktów towarzyskich może oznaczać, że Monika korzysta z interakcji społecznych jako formy wsparcia, ale może też traktować je jako mechanizm ucieczkowy.

Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI

W skali lęku – stanu wynik mieści się w przedziale wyników niskich i średnich. Wynik surowy mieści się w stenie 4, 25 centylu. Wynik surowy z prawdopodobieństwem 85% mieści się w przedziale <28,36>; wynik przeliczony w skali stenowej mieści się w przedziale <3,5>.



W skali lęku – cechy wynik mieści się w przedziale wyników średnich i wysokich. Wynik surowy mieści się w stenie 7, 71 centylu. Wynik surowy z prawdopodobieństwem 85% mieści się w przedziale <43,51>; wynik przeliczony w skali stenowej mieści się w przedziale <6,7>.

Wyniki średnie i wysokie uzyskane w badaniu lęku jako stanu, przeprowadzonym przy pomocy Inwentarza Stanu i Cechy Lęku STAI, mogą sugerować, że w momencie badania Monika odczuwała umiarkowany poziom napięcia i niepokoju. Sytuacje stresowe mogą wpływać na jej aktualne samopoczucie, ale nie powodują nadmiernego pobudzenia czy wyraźnych objawów lękowych. Raczej kontroluje swoje napięcie. Wynik lęku jako cechy wskazuje na skłonność do długofalowego przeżywania lęku. Może być bardziej wrażliwa i mieć tendencje do zamartwiania się. Może przeżywać niepokój w sytuacjach, kiedy nie ma wyraźnego powodu do tego.

Kwestionariusz Poczucia Stresu – KPS

1. Napięcie emocjonalne – wynik mieści się w przedziale wyników przeciętnych – 24 – sten 6
2. Stres zewnętrzny – wynik mieści się w przedziale wyników niskich – 15 – sten 2
3. Stres intrapsychiczny – wynik mieści się w przedziale wyników przeciętnych – 22 – sten 5
4. Skala kłamstwa – wynik mieści się w przedziale wyników niskich – 18 – sten 5
5. Skala ogólna – wynik mieści się w przedziale wyników przeciętnych – sten 5

Wyniki poszczególnych skal nie różnią się od siebie znacząco.

W Kwestionariuszu Poczucia Stresu, w skali kłamstwa badana uzyskała wynik przeciętny, wskazujący na to, że raczej szczerze odpowiadała na pytania i nie próbowała się prezentować w lepszym świetle.

Monika nie wykazuje szczególnie silnego obciążenia stresem – jej wyniki plasują się głównie na przeciętnym poziomie, co oznacza, że funkcjonuje w sposób zrównoważony i nie doświadcza nadmiernego napięcia psychicznego. Co istotne, niski poziom stresu zewnętrznego sugeruje, że nie odbiera otaczającego świata jako silnie stresogennego, co może oznaczać, że ma skuteczne mechanizmy radzenia sobie z trudnymi sytuacjami lub nie jest narażona na wysokie wymagania z otoczenia.

Z drugiej strony przeciętny poziom stresu intrapsychicznego wskazuje, że Monika może mieć czasami tendencję do wewnętrznego analizowania swoich problemów i przeżywania ich w sobie, ale nie jest to dla niej źródłem poważnych trudności.



Badany nr 3 – Krzysztof

Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS

Wykorzystane zostały normy stenowe dla osób w wieku 25-54 lata, przyjmując przedziały ufności na poziomie 85%.

Skale CISS

1. Styl skoncentrowany na zadaniu – dokładny wynik 76, sten 9 (w przedziałach ufności wynik <8,10>)
2. Styl skoncentrowany na emocjach – dokładny wynik 47, sten 6 (w przedziałach ufności wynik <6,8>)
3. Styl skoncentrowany na unikaniu – dokładny wynik 22, sten 1 (w przedziałach ufności wynik <1,3>)
 - 3.1. Angażowanie się w czynności zastępcze – dokładny wynik 9, sten 2 (w przedziałach ufności wynik <1,4>)
 - 3.2. Poszukiwanie kontaktów towarzyskich – dokładny wynik 7, sten 1 (w przedziałach ufności wynik <1,3>)

Zależności między SSZ-SSE, SSU-SSZ i SSU-SSE są znaczące.

Dominującym stylem radzenia sobie ze stresem jest u badanego styl skoncentrowany na zadaniu, oznacza to preferencję do zadaniowego podejścia do stresu. W sytuacjach trudnych koncentruje się na rozwiązaniu problemu poprzez analizę sytuacji, podejmowanie konkretnych zadań i szukanie efektywnych rozwiązań. Wynik w skali stylu skoncentrowanego na emocjach jest w zakresie przeciętnego i wysokiego, oznaczając, że badany może przeżywać napięcie emocjonalne, zamartwiać się lub reagować impulsywnie, jednak nie jest to cecha dominująca. Badany nieczęsto bądź prawie nigdy nie unika stresorów. Nie stosuje mechanizmów zastępczych oraz nie wykorzystuje relacji interpersonalnych jako sposobu radzenia sobie ze stresem.

Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI

W skali lęku – stanu wynik mieści się w przedziale wyników średnich i wysokich. Wynik surowy mieści się w stenie 7, 84 centylu. Wynik surowy z prawdopodobieństwem 85% mieści się w przedziale <41,49>; wynik przeliczony w skali stenowej mieści się w przedziale <6,8>.



W skali lęku – cechy wynik mieści się w przedziale wyników wysokich. Wynik surowy mieści się w stenie 8, 92 centylu. Wynik surowy z prawdopodobieństwem 85% mieści się w przedziale <49,59>; wynik przeliczony w skali stenowej mieści się w przedziale <7,10>.

Wyniki średnie i wysokie uzyskane w badaniu lęku jako stanu, przeprowadzonym przy pomocy Inwentarza Stanu i Cechy Lęku STAI, mogą sugerować, że w momencie badania Krzysztof czuł się zestresowany, napięty lub zaniepokojony, jednak reakcja ta mogła być tymczasowa i zależna od aktualnej sytuacji życiowej. W badaniach określających lęk jako cechę, wynik mieści się w przedziale wysokim, co wskazuje na utrwaloną skłonność do przeżywania lęku w różnych stanach życiowych. Badany przejmując się nadmiernie różnymi sytuacjami, przewiduje negatywne scenariusze, miewa trudności z radzeniem sobie z niepewnością, może doświadczać silnych reakcji emocjonalnych i somatycznych na stres. Ma problemy z relaksem i rozluźnieniem. Długotrwałe przeżywanie lęku może prowadzić do chronicznego stresu, zaburzeń lękowych i problemów w relacjach interpersonalnych.

Kwestionariusz Poczucia Stresu – KPS

1. Napięcie emocjonalne – wynik mieści się w przedziale wyników przeciętnych – 26 – sten 6
2. Stres zewnętrzny – wynik mieści się w przedziale wyników wysokich – 29 – sten 7
3. Stres intrapsychiczny – wynik mieści się w przedziale wyników przeciętnych – 25 – sten 6
4. Skala kłamstwa – wynik mieści się w przedziale wyników wysokich – 21 – sten 7
5. Skala ogólna – wynik mieści się w przedziale wyników wysokich – sten 7

Wyniki poszczególnych skal nie różnią się od siebie znacząco.

W Kwestionariuszu Poczucia Stresu, w skali kłamstwa badany uzyskał wynik wysoki, który wskazywać może o przejawianiu tendencji do fałszowania obrazu siebie. Wyniki, które mogą okazać się niemiernodajne, wezmę pod uwagę, ponieważ istnieje możliwość, że jest to mechanizm obronny badanego, przez który nie jest świadom swojego poziomu napięcia. Wyniki na poszczególnych skalach są bardzo zbliżone.

Krzysztof odczuwa umiarkowany poziom napięcia emocjonalnego, może radzić sobie ze stresem na poziomie emocjonalnym stosunkowo dobrze, choć w sytuacjach obciążających może doświadczać trudności w regulacji emocji. Wynik w skali stresu zewnętrznego wskazuje na silny stres wynikający z czynników zewnętrznych, takich jak presja otoczenia, wymagania zawodowe, obowiązki rodzinne, relacje interpersonalne. Może czuć się on przeciążony ilością



zobowiązań, odczuwać irytację związaną z poczuciem braku kontroli nad sytuacją. Istnieje możliwość, że ma trudności w oddzieleniu własnych emocji od wpływu otoczenia, może silnie reagować na negatywne bodźce zewnętrzne. Prowadzić to może do trudności w efektywnym odpoczynku i regeneracji, chronicznego zmęczenia, napięć w kontaktach międzyludzkich. Nie ma silnej tendencji do nadmiernego zamartwiania się, jednak w niektórych sytuacjach trudnych może doświadczać samokrytycyzmu, wątpliwości czy poczucia winy.



Badany nr 4 – Roman

Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS

Wykorzystane zostały normy stenowe dla osób w wieku 25-54 lata, przyjmując przedziały ufności na poziomie 85%.

Skale CISS

1. Styl skoncentrowany na zadaniu – dokładny wynik 65, sten 7 (w przedziałach ufności wynik <6,8>)
2. Styl skoncentrowany na emocjach – dokładny wynik 47, sten 6 (w przedziałach ufności wynik <6,8>)
3. Styl skoncentrowany na unikaniu – dokładny wynik 40, sten 5 (w przedziałach ufności wynik <4,6>)
 - 3.1. Angażowanie się w czynności zastępcze – dokładny wynik 20, sten 6 (w przedziałach ufności wynik <5,7>)
 - 3.2. Poszukiwanie kontaktów towarzyskich – dokładny wynik 16, sten 5 (w przedziałach ufności wynik <4,6>)

Zależności między SSZ-SSE, SSU-SSZ i SSU-SSE są nieznaczące.

Wyniki przeciętne wskazują na styl radzenia sobie w sytuacjach stresowych, bez dominującego stylu. Jest ono zrównoważone. Badany również w umiarkowany sposób korzysta ze strategii unikowych. Wyniki mogą wskazywać na elastyczność w doborze sposobów, w zależności od sytuacji. Ogólne wyniki nie sugerują większych trudności w radzeniu sobie ze stresem.

Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI

W skali lęku – stanu wynik mieści się w przedziale wyników średnich i wysokich. Wynik surowy mieści się w stenie 4, 29 centylu. Wynik surowy z prawdopodobieństwem 85% mieści się w przedziale <28,36>; wynik przeliczony w skali stenowej mieści się w przedziale <3,5>.

W skali lęku – cechy wynik mieści się w przedziale wyników wysokich. Wynik surowy mieści się w stenie 7, 76 centylu. Wynik surowy z prawdopodobieństwem 85% mieści się w przedziale <40,48>; wynik przeliczony w skali stenowej mieści się w przedziale <5,8>.

Wyniki niskie i średnie uzyskane w badaniu lęku jako stanu, przeprowadzonym przy pomocy Inwentarza Stanu i Cechy Lęku STAI, mogą sugerować, że w momencie badania Roman czuł się raczej zrelaksowany. W badaniach określających lęk jako cecha, wynik mieści



się w przedziale średnim i wysokim, co może wskazywać na tendencję Romana do częstszego doświadczania lęku w różnych sytuacjach życiowych, niezależnie od aktualnych okoliczności. Oznacza to, że choć w momencie badania poziom odczuwanego lęku nie był szczególnie nasilony, to ogólna skłonność do reagowania lękiem w codziennym funkcjonowaniu może być wyraźniejsza. Może to objawiać się zwiększoną wrażliwością na stresujące wydarzenia, skłonnością do zamartwiania się lub większym napięciem w sytuacjach niepewności.

Kwestionariusza Poczucia Stresu – KPS

1. Napięcie emocjonalne – wynik mieści się w przedziale wyników przeciętnych – 22 – sten 5
2. Stres zewnętrzny – wynik mieści się w przedziale wyników wysokich – 11 – sten 1
3. Stres intrapsychiczny – wynik mieści się w przedziale wyników niskich – 16 – sten 3
4. Skala kłamstwa – wynik mieści się w przedziale wyników wysokich – 24 – sten 9
5. Skala ogólna – wynik mieści się w przedziale wyników niskich – sten 3

Wyniki poszczególnych skal nie różnią się od siebie znacząco.

W Kwestionariuszu Poczucia Stresu, w skali kłamstwa badany uzyskał wynik bardzo wysoki, który wskazywać może o przejawianiu tendencji do fałszowania obrazu siebie. Wyniki, które mogą okazać się niemiernodajne, nie zostaną dalej przeanalizowane.

Badany nr 5 – Kamil

Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS

Wykorzystane zostały normy stenowe dla osób w wieku 25-54 lata, przyjmując przedziały ufności na poziomie 85%

Skale CISS

1. Styl skoncentrowany na zadaniu – dokładny wynik 59, sten 5 (w przedziałach ufności wynik <4,6>)
2. Styl skoncentrowany na emocjach – dokładny wynik 57, sten 8 (w przedziałach ufności wynik <8,9>)
3. Styl skoncentrowany na unikaniu – dokładny wynik 34, sten 4 (w przedziałach ufności wynik <3,5>)
 - 3.1. Angażowanie się w czynności zastępcze – dokładny wynik 18, sten 5 (w przedziałach ufności wynik <4,7>)
 - 3.2. Poszukiwanie kontaktów towarzyskich – dokładny wynik 6, sten 1 (w przedziałach ufności wynik <1,2>)

Zależności między SSZ-SSE, SSU-SSZ i SSU-SSE są znaczące.

Dominującym stylem radzenia sobie ze stresem jest u badanego styl skoncentrowany na emocjach, co oznacza, że w sytuacjach stresowych ma tendencję do silnego przeżywania emocji takich jak lęk, złość czy frustracja, zamiast koncentrowania się na rozwiązaniu problemu. Może to prowadzić do nadmiernego zamartwiania się i impulsywnych reakcji emocjonalnych w obliczu trudności. Rzadziej podejmuje działania konkretne, ukierunkowane na działania i może mieć trudności z mobilizacją do działania w sytuacjach wymagających rozwiązania problemu. Nie korzysta ze wsparcia społecznego. Wysoka zależność między skalami sugeruje, że sposoby radzenia sobie ze stresem badanego są ze sobą ściśle powiązane – nasilenie emocji może wpływać na ograniczenie działań ukierunkowanych na rozwiązanie problemów.

Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI

W skali lęku – stanu wynik mieści się w przedziale wyników średnich. Wynik surowy mieści się w stenie 5, 50 centylu. Wynik surowy z prawdopodobieństwem 85% mieści się w przedziale <34,42>; wynik przeliczony w skali stenowej mieści się w przedziale <5,6>.



W skali lęku – cechy wynik mieści się w przedziale wyników średnich i wysokich. Wynik surowy mieści się w stenie 7, 74 centylu. Wynik surowy z prawdopodobieństwem 85% mieści się w przedziale <42,52>; wynik przeliczony w skali stenowej mieści się w przedziale <5,8>.

Wyniki średnie i wysokie uzyskane w badaniu lęku jako stanu, przeprowadzonym przy pomocy Inwentarza Stanu i Cechy Lęku STAI, mogą sugerować, że w momencie badania Kamil odczuwał umiarkowany poziom napięcia i niepokoju. Sytuacje stresowe mogą wpływać na jego aktualne samopoczucie, ale nie powodują nadmiernego pobudzenia czy wyraźnych objawów lękowych. Raczej kontroluje swoje napięcie. Wynik lęku jako cechy wskazuje na tendencję do częstszego odczuwania lęku w różnych sytuacjach życiowych. Może mieć on predyspozycje do zamartwiania się, doświadczania napięcia i do reakcji lękowych.

Kwestionariusz Poczucia Stresu – KPS

1. Napięcie emocjonalne – wynik mieści się w przedziale wyników wysokich – 28 – sten 7
2. Stres zewnętrzny – wynik mieści się w przedziale wyników przeciętnych – 24 – sten 6
3. Stres intrapsychiczny – wynik mieści się w przedziale wyników przeciętnych – 22 – sten 5
4. Skala kłamstwa – wynik mieści się w przedziale wyników niskich – 7 – sten 1
5. Skala ogólna – wynik mieści się w przedziale wyników przeciętnych – sten 6

Wyniki poszczególnych skal nie różnią się od siebie znacząco.

W Kwestionariuszu Poczucia Stresu, w skali kłamstwa badany uzyskał wynik bardzo niski, wskazujący na szczerą postawę badanego podczas wypełniania kwestionariusza. Nie starał się kłamać i zniekształcać wyników.

Badany wykazuje zwiększoną tendencję do przeżywania negatywnych emocji związanych ze stresem, co może objawiać się uczuciem napięcia, drażliwości, trudnościami w relaksacji oraz większą podatnością na reakcje lękowe i frustrację. Badany nie odbiera środowiska jako szczególnie stresującego, choć nadal doświadcza pewnych trudności z zewnątrz. Poziom wewnętrzny konflikt nie jest nadmiernie nasilony, jednak badany może mieć pewne trudności z radzeniem sobie z własnymi emocjami. Ogólny poziom odczuwanego stresu badanego jest przeciętny.



7.3. Porównanie wyników badanych osób

Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS

Tabela 1 – Wyniki testu CISS w badanej grupie (w przedziałach ufności 85%)

	Anna	Monika	Kamil	Krzysztof	Roman
SSZ	5,7	3,5	4,6	8,10	6,8
SSE	6,8	5,7	8,9	6,8	6,8
SSU	5,7	7,9	3,5	1,3	4,6
ACZ	8,9	7,9	4,7	1,4	5,7
PKT	2,4	8,10	1,2	1,3	4,6

SSZ – Styl skoncentrowany na zadaniu, SSE – Styl skoncentrowany na emocjach, SSU – Styl skoncentrowany na unikaniu, ACZ – Angażowanie się w czynności zastępcze, PKT – Poszukiwanie kontaktów towarzyskich.

Dane pochodzą z własnych badań autorki.

1. Styl skoncentrowany na zadaniu

Wysoka rozpiętość wyników (3–10) świadczy o tym, że badane osoby istotnie się między sobą różnią w podejściu do stresu i wyzwań. Od skrajnie aktywnego, zadaniowego stylu (Krzysztof) po znacznie niższy poziom (Monika). Wysokie wyniki (np. Krzysztofa) mogą przekładać się na szybkie podejmowanie działań i lepszą kontrolę nad sytuacją. Jednak w niektórych przypadkach takie silne nastawienie na działanie może prowadzić do pomijania sfery emocjonalnej czy potrzeb interpersonalnych. Natomiast osoby z niższym wynikiem (np. Monika) mogą się szybciej zniechęcać do rozwiązywania problemów, ale być może efektywniej korzystają z innych zasobów (emocjonalnych lub społecznych). Takie zróżnicowanie wyników w skali SSZ pokazuje, że każdy z badanych prawdopodobnie zupełnie inaczej reaguje na presję i ma inne potrzeby w sytuacjach obciążenia – od bezpośredniego, zdecydowanego podejścia po preferowanie stylów mniej zorientowanych na działanie.

2. Styl skoncentrowany na emocjach



Różnice w wynikach (5–9) są wyraźne, aczkolwiek nie tak skrajne jak w przypadku stylu zadaniowego (SSZ). Najniższe wartości nadal oznaczają poziom umiarkowany (Monika), a najwyższe (Kamil) – zdecydowaną koncentrację na emocjach. Osoby z wysokim SSE (np. Kamil) są silniej zaabsorbowane emocjami, co może skutkować większą potrzebą wsparcia, rozmowy czy odreagowania emocjonalnego. Z drugiej strony mogą być też bardziej empatyczne wobec innych, ponieważ w większym stopniu zauważają emocje – własne i cudze. Ci z niższymi wynikami (np. Monika) mogą reagować mniej intensywnie na poziomie emocji, za to częściej mogą stosować inne formy radzenia sobie (np. unikanie, zadaniowe rozwiązywanie problemu lub poszukiwanie wsparcia społecznego).

Podsumowując, skala SSE wskazuje, w jakim stopniu badani przeżywają i analizują emocje w stresie. Różnice między Moniką (wynik umiarkowany), Kamilem (wysoki) a pozostałymi osobami (umiarkowane-wysokie) podkreślają, że każdy w inny sposób reaguje na obciążenia psychiczne – jedni bardziej przez pryzmat emocji, inni w mniejszym stopniu, co z kolei może łączyć się lub kłócić z ich preferencjami w stylach zadaniowym czy unikowym.

3. Styl skoncentrowany na unikaniu

Rozpiętość wyników (1–9) świadczy o znaczących różnicach w podejściu do stresu. Monika prezentuje najwyższą tendencję do unikania, natomiast Krzysztof – najniższą. Osoby wysoko unikające (np. Monika) mogą odkładać rozwiązanie problemu, co w niektórych przypadkach bywa korzystne (np. gdy pozwala nabrać dystansu), lecz długofalowo może prowadzić do kumulacji trudności. Ci z najniższym unikiem (Krzysztof) częściej działają od razu, co zwykle sprzyja szybkiemu rozwiązywaniu problemów, ale może też powodować większy stres w sytuacjach, gdy problem wymaga przemyślanej, odroczonej reakcji.

Podsumowując, różnice w poziomach unikania (SSU) obrazują, w jaki sposób badani mogą odwlekać skonfrontowanie się ze stresem lub problemem – od silnego unikania (Monika) aż po minimalne (Krzysztof).

3.1. Angażowanie się w czynności zastępcze

Różnice indywidualne (1–9): Widać wyraźny kontrast między osobami mocno korzystającymi z czynności zastępczych (Anna, Monika) a tymi, dla których ta strategia jest rzadsza (Krzysztof). Wysoki ACZ (Anna, Monika) pozwala redukować natychmiastowe napięcie i emocje, ale może też odsuwać w czasie aktywne rozwiązywanie problemów (zwłaszcza u osób z wysokim SSU). Niski wynik (Krzysztof) sprzyja szybszemu podejściu do sedna trudności, jednak może prowadzić do sytuacji, w której osoba mniej pozwala sobie na chwilę wytchnienia



czy „zdrowego dystansu”. Ogółem, wysoki wynik na skali ACZ informuje, że dana osoba ma tendencję do szukania alternatywnych, pozornie niezwiązanych z problemem aktywności w odpowiedzi na stres. Może to być dobrą strategią chwilowego odreagowania, jeśli równolegle zadba się o realne rozwiązanie trudności.

3.2. Poszukiwanie kontaktów towarzyskich

Zróznicowanie poziomów (1–10): Od bardzo niskiego (Kamil, Krzysztof) po bardzo wysokie zapotrzebowanie na relacje i rozmowy (Monika). Taka rozpiętość może w grupie tworzyć kontrast między osobami preferującymi izolację a tymi szukającymi żywej interakcji i wsparcia. Wysokie PKT (Monika) zwykle pomaga w budowaniu sieci społecznego wsparcia, co może łagodzić skutki stresu, ale czasem skutkuje uzależnieniem od opinii innych czy nadmiernym roztrząsaniem problemu w rozmowach. Niski wynik (Kamil, Krzysztof) sprzyja samodzielności i autonomii, jednak w niektórych sytuacjach taka postawa może prowadzić do kumulacji stresu i braku zewnętrznej perspektywy.

Podsumowując, skala PKT pokazuje, kto w sytuacjach stresowych stawia na wsparcie społeczne i kontakty towarzyskie, a kto raczej woli działać (lub przeżywać emocje) w pojedynkę. Monika wyróżnia się tu największą otwartością na pomoc otoczenia, podczas gdy Kamil i Krzysztof należą do osób, które rzadziej sięgają po takie strategie.

Ciekawym spostrzeżeniem w niniejszym badaniu jest fakt, że dwoje uczestników będących rodzeństwem (Anna i Krzysztof) – mimo wspólnego środowiska wychowania oraz tej samej diagnozy ADHD (postawionej w różnych okresach i z różnych powodów) – wykształciło odmienne style radzenia sobie ze stresem i wykazywało zauważalne różnice w poziomie lęku oraz ogólnego obciążenia, co dodatkowo podkreśla złożoność i zróżnicowanie obrazu klinicznego ADHD u osób dorosłych.

Podsumowanie

W analizie poszczególnych skal CISS (Styl Zadaniowy, Styl Emocjonalny, Styl Unikowy, Czynności Zastępcze oraz Poszukiwanie Kontaktów Towarzyskich) widać wyraźną rozbieżność wyników, co świadczy o dużej różnorodności w sposobach radzenia sobie ze stresem w tej grupie.

- Krzysztof prezentuje się jako najbardziej „zadaniowy” (wysoki SSZ) i zarazem najmniej „unikowy” (SSU), rzadko sięgający po kontakty społeczne (PKT) czy



czynności zastępcze (ACZ). Wskazuje to na szybkie, samodzielne i konkretne podejście do rozwiązywania problemów.

- Monika jest na przeciwnym biegunie w kilku skalach: wysoki SSU (unikanie), wysoki PKT (szukanie wsparcia towarzyskiego) oraz dość wysokie ACZ (czynności zastępcze). Sugeruje to tendencję do unikania bezpośredniej konfrontacji z problemem i jednocześnie poszukiwanie wsparcia u innych czy „oderwania się” przez zajęcia zastępcze.
- Anna i Roman osiągają wartości w okolicach średnich (umiarkowane) w większości skal, choć Anna wyróżnia się wyższym poziomem czynności zastępczych (ACZ), a Roman dość równoważą zadaniowość (SSZ) i unikanie (SSU), jednocześnie w umiarkowanym stopniu sięgając po wsparcie społeczne (PKT).
- Kamil najwyżej plasuje się w skali emocjonalnej (SSE), co oznacza silniejsze przeżywanie stresu, a przy niskim PKT i umiarkowanie niskim uniku (SSU) może to przekładać się na dominujące przeżywanie problemu „w środku”, z mniejszą skłonnością do rozmawiania o nim i do unikania.

Układ wyników pokazuje, że każda z osób w inny sposób reaguje na stres – od wyraźnie zadaniowego (Krzysztof) przez mocno „społeczno-unikowy” styl (Monika) aż po różne formy równoważenia stylów (Anna, Roman) i silniejszego przeżywania emocji (Kamil). Różnorodność stylów radzenia sobie ma zarówno zalety, jak i wady: może umożliwiać efektywne uzupełnianie się w grupie (gdy potrzeba szybkiego działania, wsparcia społecznego czy odskoczni emocjonalnej), ale też bywa źródłem nieporozumień, gdy różne strategie wchodzą ze sobą w konflikt (np. ktoś chce działać, a ktoś inny unika).

Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI

Tabela 2 – Wyniki testu STAI w badanej grupie (w przedziałach ufności 85%)

	Anna	Monika	Kamil	Krzysztof	Roman
Lęk - stan	5,7	3,5	5,6	6,8	3,5
Lęk - cecha	6,7	6,7	5,8	7,10	5,8

Dane pochodzą z własnych badań autorki.

Rozbieżność między najwyższymi (Krzysztof) a najniższymi (Monika, Roman) wynikami jest dość wyraźna (3-8). Może świadczyć o tym, że w momencie testu Krzysztof znajdował się



w szczególnie obciążającej lub stresującej sytuacji, podczas gdy Monika i Roman czuli się stosunkowo spokojniej. Wysoki wynik w skali lęku – stan często wynika z określonych, bieżących okoliczności (np. presja, ważne wydarzenia). Umiarkowane wyniki (Anna, Kamil) sugerują, że pewien poziom napięcia był obecny, ale niewystarczający, by ocenić go jako skrajny. Ogólnie jednak wyniki pokazują, że Krzysztof mógł się zmagać z silnym napięciem w czasie badania, Anna i Kamil odczuwały umiarkowany poziom lęku, a Monika i Roman pozostawali stosunkowo spokojni w danej sytuacji.

Lęk – cecha

Rozpiętość wyników (5–10), gdzie najbardziej wyróżnia się Krzysztof, który może przejawiać istotnie większą ogólną podatność na lęk. Z kolei pozostali uczestnicy plasują się na poziomie od średniego (Kamil, Roman) po umiarkowanie podwyższony (Anna, Monika). Osoby o wyższym lęku – cesze (np. Krzysztof, Anna, Monika) mogą być bardziej wyczułone na bodźce zagrażające czy stresujące, co w niektórych sytuacjach może sprzyjać lepszemu przewidywaniu problemów, ale jednocześnie wiąże się z większym napięciem i podatnością na negatywne emocje. Ci, którzy mają lęk – cechę na poziomie umiarkowanym (Kamil, Roman), zwykle reagują lękiem proporcjonalnie do rzeczywistego zagrożenia, choć w pewnych warunkach mogą doświadczać wzmożonego niepokoju. Ogólnie rzecz biorąc, lęk – cecha pokazuje, kto w tej grupie częściej i silniej przeżywa niepokój jako element swojej stałej charakterystyki (szczególnie Krzysztof), a kto ma w tym względzie tendencje bardziej umiarkowane (Kamil i Roman). Anna i Monika są w tym względzie dość wrażliwe, ale nie w tak dużym stopniu jak Krzysztof.

Podsumowanie

- Krzysztof wyróżnia się najwyższymi wartościami w obu skalach, co oznacza zarówno chwilowe duże napięcie, jak i generalną, wysoką podatność na odczuwanie lęku.
- Anna i Monika mają umiarkowanie wysoką cechę lęku, ale różnią się w stanie lęku (Anna – średnio-wysoki, Monika – niski).
- Kamil i Roman osiągają najbardziej „wyważone” lub umiarkowane wyniki, co wskazuje na mniejszą intensywność odczuwanego lęku w danym momencie i średnią podatność na lęk.
- Monika i Roman odznaczają się najniższym lękiem – stanem, co oznacza względny spokój w chwili badania, choć ich różnica w lęku – cesze (cecha u Moniki jest wyższa



niż u Romana) sugeruje większy potencjał do reagowania lękiem w innych okolicznościach u Moniki.

Podsumowując, profile poszczególnych osób obrazują, jak bieżące okoliczności (lęk – stan) zderzają się z bardziej trwałymi tendencjami (lęk – cecha). W sytuacjach silnie stresujących, najbardziej narażony na silne reakcje lękowe wydaje się Krzysztof, a stosunkowo najmniej – Roman czy Kamil. Monika i Anna mają z kolei zbliżone, umiarkowanie wysokie tendencje do lęku, ale w chwili badania różnie odczuwały niepokój.

Kwestionariusz Poczucia Stresu – KPS

Tabela 3 – Wyniki testu KPS w badanej grupie

	Anna	Monika	Kamil	Krzysztof	Roman
NE	8	6	7	6	5
SZ	5	2	6	7	1
SI	6	5	5	6	3
SK	2	5	1	7	9
SO	7	4	6	7	3

NE – Napięcie emocjonalne, SZ – Stres zewnętrzny, SI – Stres intrapsychiczny, SK – Skala kłamstwa, SO – Skala ogólna

Dane pochodzą z badań własnych autorki

Skala kłamstwa

Różnica między wysokimi a niskimi wynikami (od 1 do 9) jest tu największa spośród wszystkich skal KPS, co sugeruje duże zróżnicowanie w sposobach autoprezentacji – od silnej potrzeby przedstawiania się w korzystnym świetle (Roman) po bardzo niewielką (Kamil). U osób z wysokim wynikiem (Roman, Krzysztof) istnieje większe ryzyko, że ich wyniki w skalach dotyczących stresu (NE, SZ, SI, SO) mogą być częściowo zaniżone albo nie w pełni oddawać realny poziom doświadczanego napięcia. Z kolei przy niskim wyniku (Kamil, Anna) możemy oczekiwać bardziej szczerych deklaracji odnośnie do przeżywanych trudności.

Napięcie emocjonalne



Niewielka rozbieżność między wynikami 5–8. Największy kontrast występuje między Anną (8) i Kamilem (7) a Romanem (5). Pierwsza dwójka przejawia wyraźnie wyższy poziom napięcia, podczas gdy Roman wydaje się najbardziej odporny na natychmiastowe obciążenie emocjonalne. Monika i Krzysztof mają wartość pośrednią (6), co wskazuje na odczuwalne, lecz nie maksymalne napięcie w obliczu stresu. Taka rozbieżność w wynikach może sprawiać, że w sytuacjach wymagających radzenia sobie z nagłym obciążeniem Anna i Kamil będą szybciej odczuwać stres i reagować emocjonalnie, natomiast Roman będzie w stanie zachować większy dystans. Monika i Krzysztof będą plasować się gdzieś pośrodku, z tendencją do zauważalnego niepokoju, ale nie tak silnego, jak u Anny czy Kamila.

Stres zewnętrzny

Rozbieżność wyników 1-7. Krzysztof i Kamil plasują się najwyżej pod względem stresu zewnętrznego, co może wynikać z aktualnych okoliczności życiowych (np. duża ilość obowiązków, presja zawodowa czy problemy rodzinne). Anna pozostaje w obszarze średnim, co sugeruje pewne odczuwanie zewnętrznej presji, jednak na poziomie mniej dotkliwym niż w przypadku Krzysztofa czy Kamila. Monika i Roman odczuwają wyraźnie mniejszą presję z otoczenia. Mimo że ten niski poziom może wynikać z realnie mniejszej liczby stresorów, nie można wykluczyć, że oboje potrafią również w większym stopniu „odcinać się” od wpływów zewnętrznych. Podsumowując, rozpiętość wyników (1–7) wskazuje na istotne różnice w postrzeganiu i doświadczaniu przez badanych stresu pochodzącego z otoczenia. Krzysztof i Kamil są w tym wymiarze najbardziej obciążeni, a Roman – najmniej.

Stres intrapsychiczny

Rozbieżność wyników 3-6. Anna i Krzysztof wyróżniają się wyższą intensywnością przeżywanych konfliktów wewnętrznych, co może korelować z ich innymi cechami (np. wysoki stres zewnętrzny lub wysoka reaktywność emocjonalna). Monika i Kamil znajdują się w zakresie umiarkowanym, co wskazuje na wyważony poziom stresu intrapsychicznego. Roman zdaje się najrzadziej borykać z silnymi napięciami wewnętrznymi, co może współgrać z jego niskimi wynikami w innych skalach KPS (np. w Napięciu emocjonalnym czy Stresie zewnętrznym). W rezultacie, skala SI różnicuje badanych pod kątem wewnętrznych rozterek – od wyraźnie odczuwanego (Anna, Krzysztof), poprzez umiarkowany (Monika, Kamil), aż po stosunkowo niski (Roman).

Skala ogólna



Patrząc całościowo na uzyskane wyniki, widać dość dużą rozpiętość – od niskich (3–4) przez umiarkowane (6) aż po wysokie (7). Anna i Krzysztof – choć mogą się różnić w źródłach stresu (zewnętrzny vs. intrapsychiczny), końcowe obciążenie jest u obojga najwyższe. Kamil – plasujący się między dwoma „skrajnościami”; jego wyraźny, ale nie skrajnie wysoki wynik wskazuje na zauważalny stres, choć niższy niż u Anny i Krzysztofa. Monika i zwłaszcza Roman – przy czym Monika odczuwa umiarkowany stres, a Roman deklaruje najmniejsze ogólne obciążenie. Dzięki Skali ogólnej (SO) widzimy, kto łącznie doświadcza największego kumulowanego stresu (Anna, Krzysztof), a kto stosunkowo najmniejszego (Roman). Takie porównanie pokazuje nie tylko różnice między poszczególnymi osobami, ale i pomaga zrozumieć, że wyższy wynik w jednej podskali (np. w stresie zewnętrznym) może wcale nie przekładać się na najwyższe odczucie stresu ogółem – liczy się bowiem suma różnych czynników wpływających na poczucie przeciążenia.

Zbiorne wnioski

1. Najbardziej obciążeni stresem są:

- Anna (duże napięcie emocjonalne, wysoki stres intrapsychiczny)
- Krzysztof (najwyższy stres zewnętrzny i wyraźne konflikty wewnętrzne)

Oboje osiągają najwyższe wartości w skali ogólnej (SO – 7), choć przyczyn jest nieco inny rozkład w podskalach.

2. Poziom pośredni reprezentuje Kamil (SO – 6), cechuje się wysokim napięciem emocjonalnym i znacznym stresem zewnętrznym, ale łagodniejszym stresem wewnętrznym.

3. Najmniej zestresowani w całościowym ujęciu to:

- Monika (SO – 4) – mimo umiarkowanego napięcia emocjonalnego, odczuwa bardzo mały stres zewnętrzny.
- Roman (SO – 3) – najniższe subiektywne odczucie stresu w praktycznie każdej podskali, choć wysoka skala kłamstwa może część trudności „wybielać”.

4. Rola Skali kłamstwa (SK):

- U Romana (9) i Krzysztofa (7) wynik jest wysoki; istnieje prawdopodobieństwo pewnego zaniżania wartości w skalach stresu.
- U Kamila (1) i Anny (2) wynik jest niski; ich deklaracje można traktować jako bardziej otwarte.



- Monika (5) plasuje się w środku, co zwykle odpowiada umiarkowanej tendencji do „korzystnej autoprezentacji.”

Dzięki temu kompleksowemu podsumowaniu widać, jak każda osoba przeżywa stres pod różnymi postaciami (emocjonalną, zewnętrzną, intrapsychiczną) oraz jak w konsekwencji kształtuje się ich poczucie całkowitego obciążenia (SO). Skala kłamstwa pozwala natomiast z większą ostrożnością podejść do najbardziej skrajnych deklaracji.

7.4. Odniesienie wyników do hipotez

Poniższy podrozdział przedstawia rozszerzoną interpretację uzyskanych rezultatów kwestionariuszy CISS, STAI oraz KPS w kontekście zdiagnozowanego ADHD u badanych osób. Analiza odnosi się do pięciu hipotez, które dotyczą poziomu stresu, stylów radzenia sobie ze stresem oraz lęku u osób dorosłych z ADHD, a także wzajemnych powiązań między tymi czynnikami.

1. Osoby dorosłe z ADHD charakteryzują się wysokim poziomem stresu.

W odniesieniu do tej hipotezy, kluczowym źródłem danych jest Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS), w szczególności Skala Ogólna (SO), która stanowi syntetyczne podsumowanie różnych aspektów stresu (napięcie emocjonalne, stres zewnętrzny i intrapsychiczny). Spośród badanych osób, aż trzy (Anna, Krzysztof i Kamil) uzyskały stosunkowo wysokie wyniki w skali ogólnej (na poziomie 6–7), co wskazuje na wyraźne obciążenie codziennym stresem.

- Anna (SO = 7) łączy wysoki wynik w skali ogólnej ze znacznym napięciem emocjonalnym (NE = 8) i wysokim poziomem stresu intrapsychicznego (SI = 6). Taka konfiguracja oznacza, że różnorodne czynniki – zarówno te wynikające z presji wewnętrznej (konflikty intrapsychiczne, wzmożone przeżycia emocjonalne), jak i potencjalnie z zewnętrznych sytuacji (choć SZ = 5 jest tu umiarkowany) – przekładają się na silne poczucie przeciążenia.
- Krzysztof (SO = 7) także znajduje się na najwyższym poziomie stresu ogółem. W jego przypadku dominuje stres zewnętrzny (SZ = 7), a jednocześnie wskazuje on na wysokie napięcia wewnętrzne (SI = 6). Oznacza to, że zarówno wymagania i okoliczności życiowe (np. zawodowe, rodzinne), jak i wewnętrzne konflikty (dylematy, sprzeczności) sprawiają, że Krzysztof doświadcza na co dzień znaczącej presji.
- Kamil (SO = 6), choć nieco poniżej Anny i Krzysztofa, również mieści się w przedziale wysokiego stresu, uwzględniając wyniki na skalach NE (7) i SZ (6). W porównaniu z

pozostałą dwójką, mniej obciąża go stres intrapsychiczny, co jednak nie zmienia faktu, że jego całkowite poczucie stresu jest silnie podwyższone.

Takie zestawienie potwierdza, że co najmniej część dorosłych z ADHD może faktycznie doświadczać wzmożonego stresu. Choć w badanej grupie zdarzają się też osoby o względnie niskim poziomie stresu (Roman i, w mniejszym stopniu, Monika), to wyraźny odsetek (3 na 5) potwierdza tezę o wysokim obciążeniu. Warto zaznaczyć, że ADHD jako zaburzenie neurorozwojowe, często wiąże się z trudnościami w regulacji emocji, organizacji codziennych aktywności czy kontaktach społecznych, co w praktyce może stanowić dodatkowy czynnik sprzyjający przeciążeniu. Uzyskane rezultaty wspierają zatem hipotezę, że osoby dorosłe z ADHD w znacznej mierze cechują się podwyższonym poziomem stresu, przy jednoczesnym zaznaczeniu indywidualnych różnic wynikających z odmiennych sytuacji życiowych i mechanizmów radzenia sobie.

2. Wśród osób z ADHD dominują style radzenia sobie skoncentrowane na emocjach i unikaniu.

Druga hipoteza zakłada, że dorośli z ADHD będą preferować style skoncentrowane na emocjach (SSE) oraz style unikowe (SSU) w większym stopniu niż styl zadaniowy (SSZ). W badaniu do oceny stylów wykorzystano Kwestionariusz CISS. Przeanalizowanie indywidualnych profili pokazuje, że:

- Kamil wykazuje najwyższy wynik w SSE (8–9), co oznacza, iż w sytuacjach stresowych silnie reaguje emocjonalnie, skupiając się na własnych uczuciach i przeżyciach. Nie koncentruje się szczególnie na unikaniu (SSU = 3–5), ale zdecydowanie wyróżnia się właśnie w stylu emocjonalnym.
- Monika natomiast ma najwyższy wynik w SSU (7–9) w całej grupie, wskazujący na wyraźną tendencję do odwrócenia konfrontacji z problemem lub uciekania w inne aktywności. Jej styl emocjonalny jest umiarkowany, natomiast unikanie stanowi dominujący sposób radzenia sobie, co również wpisuje się w założenie, że u osób z ADHD może silnie występować brak wytrwałości w zadaniach i częste rozpraszanie uwagi na inne działania czy szukanie towarzystwa.

Wzorce te potwierdzają hipotezę, przynajmniej w odniesieniu do dwóch osób (Kamil i Monika), które doświadczają wysokiego poziomu SSE bądź SSU. Jednocześnie trzeba zauważyć, że:



- Krzysztof wypadł najwyżej w stylu zadaniowym (SSZ = 8–10), co wskazuje, że mimo ADHD jest nastawiony na aktywne rozwiązywanie problemów. To może wiązać się z cechami indywidualnymi bądź czynnikami zewnętrznymi (np. trening umiejętności organizacyjnych).
- Anna i Roman osiągnęli wyniki od umiarkowanych do wysokich w innych stylach (np. czynności zastępcze – ACZ u Anny, zadaniowość – SSZ u Romana na poziomie 6–8), co sugeruje bardziej zróżnicowane podejścia.

Zatem, choć nie wszyscy badani wykazują wyłącznie dominację stylów emocjonalno-unikowych, to w grupie łatwo dostrzec tendencję do silnego przeżywania emocji (Kamil) oraz wyraźnego unikania (Monika). Uogólniając, można uznać, że w badanej próbie da się zaobserwować przewagę reakcji emocjonalno-unikowych u przynajmniej niektórych osób. To częściowo potwierdza, że ADHD może sprzyjać takim wzorcom, zwłaszcza gdy weźmie się pod uwagę impulsywność czy trudności w planowaniu i wytrwałości, często towarzyszące temu zaburzeniu.

3. Osoby dorosłe z ADHD wykazują wysoki poziom lęku.

Trzecia hipoteza dotyczy wysokiego poziomu lęku w populacji dorosłych z ADHD i weryfikowana jest głównie w oparciu o wyniki Inwentarza STAI, rozróżniającego lęk – stan (chwilowe odczucie lęku) i lęk – cechę (bardziej stała skłonność do odczuwania niepokoju). W otrzymanych wynikach:

- Krzysztof zdecydowanie wyróżnia się w obu wymiarach lęku, osiągając najwyższe wartości (lęk – cecha 7–10, lęk – stan 6–8). Sygnalizuje to, że w jego przypadku lęk przyjmuje formę zarówno trwałej cechy, jak i aktualnego, podwyższonego napięcia. Można to interpretować jako szczególną podatność na stresujące sytuacje, a jednocześnie ogólne nastawienie lękowe.
- Anna i Monika plasują się na umiarkowanie wysokim poziomie lęku – cechy (6–7), co wskazuje ich skłonność do reagowania niepokojem w codziennym życiu. Jednocześnie różnią się w odniesieniu do lęku – stanu: Anna w momencie badania odczuwała umiarkowanie wyższy niepokój (5–7), zaś Monika – raczej niski (3–5), co może świadczyć o tym, że w chwili przeprowadzania testu nie znajdowała się ona pod wpływem mocno stresującej sytuacji, choć ogólnie cechuje ją pewna wrażliwość na lęk.

- Kamil i Roman prezentują umiarkowane wartości, co oznacza, że chociaż również odczuwają lęk, nie jest on tak silnie zaznaczony, jak u Krzysztofa czy nawet Anny. Nie wskazuje to jednak na całkowity brak trudności, raczej na poziom w granicach „średnio-podwyższonych”.

Taki rozkład wyników potwierdza, że w grupie dorosłych z ADHD, zwłaszcza przy uwzględnieniu osób o silnych objawach, pojawia się wyższy niż przeciętny lęk – cecha. U Krzysztofa szczególnie widać mocną korelację z innymi czynnikami stresu, u Anny i Moniki – umiarkowany, ale trwały niepokój. Hipoteza trzecia znajduje zatem ogólne uzasadnienie, choć należy pamiętać o dużej indywidualnej zmienności – nie każdy dorosły z ADHD musi wykazywać skrajnie wysoki lęk, jednak w badanej próbie większość faktycznie osiąga wyniki co najmniej średnio-wysokie.

4. Istnieje istotny związek między stylami radzenia sobie ze stresem a poziomem lęku – style skoncentrowane na emocjach i unikaniu wiążą się z wyższym poziomem lęku.

Czwarta hipoteza stawia tezę o korelacji między określonymi stylami radzenia sobie (SSE i SSU) a silniejszym przeżywaniem lęku. Przyglądając się osobom, u których skala SSE (styl emocjonalny) lub SSU (styl unikowy) osiągnęła wysokie wartości, można zauważyć:

- Kamil (SSE 8–9) jednocześnie deklaruje umiarkowanie-wysoki lęk – cechę (5–8) i umiarkowany lęk – stan (5–6). Choć nie jest to poziom ekstremalny (jak u Krzysztofa), to jednak wciąż przekracza przeciętny zakres. Silna koncentracja na emocjach może przekładać się na podatność na niepokój, ponieważ osoba taka częściej skupia się na wewnętrznych przeżyciach, co sprzyja zauważaniu sygnałów lękowych.
- Monika, z najwyższym SSU (7–9), ma lęk – cechę (6–7) na umiarkowanie wysokim poziomie, a w momencie badania lęk – stan był niski (3–5). Może to oznaczać, że u Moniki długofalowa wrażliwość na lęk (cecha) jest wyższa, ale w chwili, gdy nie doświadczała intensywnych stresorów, jej stan lękowy pozostał na niskim poziomie. Praktycznie jednak silne unikanie (SSU) może w dłuższej perspektywie podtrzymywać lęk – unikając trudnych sytuacji, Monika może nie rozwijać bardziej efektywnych strategii osławiania obaw.

W rezultacie pojawia się tendencja, że badani z wyraźnym SSE lub SSU generalnie wykazują podwyższony poziom lęku. Analogicznie, u osób, które silnie preferują styl zadaniowy (np. Krzysztof z SSZ = 8–10), również obserwuje się wysoki lęk, ale wynika to w

jego przypadku bardziej z kombinacji z wysokim stresem zewnętrznym i wewnętrznym, a niekoniecznie jedynie ze stylu radzenia sobie.

Można więc stwierdzić, że w badanej próbie istnieją przesłanki na rzecz hipotezy, iż skupianie się na emocjach bądź unikanie potencjalnie nasila doświadczanie lęku (przynajmniej w wymiarze cechy). Jest to zbieżne z literaturą przedmiotu, gdzie wskazuje się, że strategie takie mogą prowadzić do wyolbrzymiania negatywnych odczuć lub braku konfrontacji z problemem. Zależność ta nie jest jednak absolutna – u każdego mogą występować dodatkowe czynniki (np. wysoka presja otoczenia, specyfika ADHD), które również wpływają na poziom lęku.

5. Wysoki poziom stresu jest czynnikiem predykcyjnym wyższego poziomu lęku u dorosłych z ADHD.

Piąta hipoteza dotyczy relacji przyczynowo-skutkowej między wysokim poziomem stresu (zwłaszcza w wymiarze codziennego obciążenia) a nasileniem lęku. W badaniu można było to zaobserwować poprzez porównanie wyników w KPS (szczególnie SO) i STAI (lęk – stan i cecha).

- Najwyższy ogólny stres u Anny (SO = 7) oraz Krzysztofa (SO = 7) przekłada się na wysokie bądź podwyższone wskaźniki lęku. U Krzysztofa oba wymiary lęku są maksymalne w porównaniu z resztą grupy (lęk – cecha 7–10, lęk – stan 6–8), zaś u Anny – choć lęk – stan (5–7) jest „tylko” umiarkowany, to i tak znacznie przekracza przeciętny poziom w populacji ogólnej.
- Kamil (SO = 6) również potwierdza tę zależność, ponieważ przy podwyższonym stresie (szczególnie napięciu emocjonalnym NE = 7) raportuje umiarkowanie wysoki lęk – cechę (5–8).
- Z kolei Roman (SO = 3), który deklaruje najniższy stres w skali ogólnej, wykazuje też raczej umiarkowany (bądź niski) lęk, co spójnie wskazuje na mniejsze narażenie na niepokoje.
- Pewnym wyjątkiem jest Monika (SO = 4, lęk – cecha 6–7), która mimo relatywnie niedużego poczucia ogólnego stresu, cechuje się umiarkowaną wrażliwością lękową. Nie oznacza to jednak braku związku – w literaturze przedmiotu często podkreśla się, że lęk może być także pochodną innych czynników (np. biologicznych, interpersonalnych), nie zawsze uchwytanych w kwestionariuszu stresu.

Ogólnie rzecz biorąc, u większości badanych z wyższym poczuciem stresu (zwłaszcza Anna i Krzysztof) obserwuje się równoległe wysoki poziom lęku (najwyższy u Krzysztofa, podwyższony u Anny). Można więc przypuszczać, że silne obciążenie stresowe sprzyja utrzymywaniu się stanów lękowych, bądź przyczynia się do ich pogłębiania. Jest to spójne z hipotezą zakładającą, że wysoki stres może stanowić czynnik predykcyjny wyższego poziomu lęku u dorosłych z ADHD – wpływając na impulsywność, trudności w organizacji i presję zewnętrzną, przekłada się na jeszcze silniejsze odczuwanie niepokoju i napięcia.

Wnioski końcowe

Przytoczone wyniki i ich interpretacja w kontekście ADHD ukazują, że badani w różnym stopniu doświadczają stresu i lęku oraz korzystają z odmiennych stylów radzenia sobie. Mimo tej różnorodności, zauważalne jest potwierdzenie kilku kluczowych założeń: większość osób dorosłych z ADHD rzeczywiście deklaruje wysoki poziom stresu, choć u niektórych (Monika, Roman) jest on niższy. Poziom lęku bywa podwyższony (najmocniej u Krzysztofa, w umiarkowanym stopniu u Anny i Moniki), a style radzenia sobie skoncentrowane na emocjach (Kamil) i unikaniu (Monika) rzeczywiście korelują z obecnością podwyższonego lęku. Ponadto, wysokie obciążenie stresem – zwłaszcza w wymiarze wewnętrznych rozterek i presji zewnętrznej – może nasilać występowanie lęku, co widać szczególnie u Anny i Krzysztofa.

Podsumowując, uzyskane dane w dużej mierze wspierają przedstawione hipotezy, jednocześnie wskazując na istniejące różnice indywidualne. ADHD jest zaburzeniem o zróżnicowanym obrazie klinicznym, zatem poziom stresu, lęku i styl radzenia sobie mogą przybierać różne konfiguracje zależne od dodatkowych czynników, takich jak osobowość, otoczenie społeczne, a nawet mechanizmy kompensacyjne rozwijane przez lata życia z ADHD.

8. Dyskusja wyników

8.1. Interpretacja wyników w świetle literatury

Przeprowadzone w niniejszej pracy badanie, obejmujące analizę stylów radzenia sobie ze stresem (CISS), poziomów lęku (STAI) oraz poczucia stresu (KPS) w grupie dorosłych osób z rozpoznaniem ADHD, potwierdziło w dużej mierze to, co wskazują dotychczasowe ustalenia teoretyczne i badania empiryczne przytoczone w rozdziałach 5.1 oraz 5.2. Poniżej przedstawiono szczegółowe odniesienie uzyskanych wyników do wcześniej opisanych modeli i wniosków:

1. Zwiększona wrażliwość na stres u osób z ADHD:

Badania własne wykazały wyraźnie podwyższony poziom stresu u znacznej części uczestników. Co istotne, podobnie jak w badaniach Anastopoulosa i in. (2011) oraz pracach omawiających związek ADHD z intensywniejszym przeżywaniem stresu (np. Maśłow i in., 2019), część badanych w niniejszej próbie przejawiała większe trudności w kontrolowaniu emocji i reagowaniu na codzienne obciążenia. Wyniki te są spójne z teorią samoregulacji emocjonalnej Barkleya (1997), według której deficyty w zakresie hamowania behawioralnego i funkcji wykonawczych (m.in. pamięci roboczej czy wewnętrznej mowy) przekładają się na obniżoną zdolność regulowania stresu. Dodatkowo, z perspektywy modelu wrażliwości na stres (Selye, 1976), osoby z ADHD mogą szybciej wchodzić w fazę „wyczerpania” w obliczu długotrwałych lub powtarzających się stresorów, co wynikać może z ich słabszej efektywności w radzeniu sobie z zadaniami i koniecznością zarządzania wieloma bodźcami na raz.

2. Wysoki poziom lęku i częste współwystępowanie objawów lękowych

W świetle wyników metaanaliz Kesslera i in. (2006) czy też badań Biedermana i in. (2008), częste współwystępowanie zaburzeń lękowych u osób z ADHD jest powszechnie obserwowane. Przeprowadzone w niniejszej pracy pomiary (STAI) pokazały, że w badanej grupie dorośli z ADHD nierzadko doświadczają podwyższonego lęku – zarówno w wymiarze cechy (trwała podatność na niepokój), jak i stanu (aktualne przeżywanie lęku). Jest to zbieżne z wnioskami płynącymi z badań Carolyn Hare i in. (2024), w których wysoki lęk nasilał efekty cech nadpobudliwości-impulsywności na neuronalne mechanizmy kontroli hamowania. Podobnie w niniejszej próbie można dostrzec, że udział lęku (zwłaszcza w wymiarze cechy) koreluje ze słabszym radzeniem sobie ze stresem i większym zmęczeniem emocjonalnym, co współgra z poglądami o wspólnych podstawach neurobiologicznych ADHD i zaburzeń lękowych.



3. Mniej adaptacyjne style radzenia sobie ze stresem

W badanej grupie dominowały częściej strategie skoncentrowane na emocjach i unikaniu, co koresponduje z teorią transakcyjną stresu i radzenia sobie (Lazarus & Folkman, 1984), która podkreśla kluczową rolę ocen poznawczych i dostępnych zasobów w doborze strategii. Osoby z ADHD – mając trudności w planowaniu i kontroli uwagi – mogą częściej traktować sytuacje stresowe jako bardziej zagrażające i trudniejsze do opanowania. Efektem bywa wybór unikowych form radzenia sobie (odkładanie spraw, uciekanie w inne aktywności) lub impulsywna ekspresja emocji (co wykazały również badania Graziano i in., 2011).

Niniejsze wyniki zgrywają się także z wnioskami Ochojskiej (2019), sugerującymi, że dorosłe osoby z ADHD mogą mieć spore problemy z organizacją czasu i codziennych obowiązków, co podnosi poziom stresu i skłania do mniej konstruktywnych zachowań (np. odkładania zadań na ostatnią chwilę). Dodatkowo, potwierdza to obserwacje, że pewna grupa badanych była szczególnie narażona na impulsywne wybuchy emocji czy też poszukiwanie intensywnych bodźców jako sposobu odreagowania napięcia.

4. Rola czynników indywidualnych i społecznych

Z literatury (m.in. Putten i in., 2018) wiemy, że osoby z ADHD – zwłaszcza te doświadczające trudności w sferze społecznej – nierzadko uciekają się do „maskowania” swoich objawów. Niejednokrotnie przejawia się to w próbach dopasowania do otoczenia, ukrywaniu nadpobudliwości czy wspomaganiu się różnymi formami przypominajek. W badanej grupie również zauważalne były sytuacje, w których uczestnicy (szczególnie ci aktywni zawodowo lub studiujący) starali się „kamuflować” pewne trudności, co z jednej strony mogło łagodzić negatywne oceny otoczenia, ale z drugiej – wzmacniać wewnętrzny stres i zmęczenie. W tym kontekście wysoki poziom lęku może dodatkowo utrudniać takie próby maskowania, a zarazem je wzmacniać, gdyż osoba z ADHD może obawiać się ujawnienia trudności (co jest spójne z wynikami wskazującymi na współwystępowanie lęku u osób stosujących maskowanie).

5. Kwestie płci i zróżnicowanie objawów

Choć w niniejszej pracy nie dokonywano dogłębnej analizy różnic płciowych, zasygnalizowane obserwacje wskazują, że niektóre strategie radzenia sobie czy formy przeżywania stresu mogą być odmienne u kobiet i mężczyzn. W literaturze (Bober-Płonka i in., 2019) pojawia się wątek, że kobiety z ADHD częściej doświadczają obniżonej samooceny i mają większe trudności w wielu sferach życiowych niż kobiety bez ADHD, natomiast mężczyźni z ADHD prezentują pewne odrębne wzorce zachowań ryzykownych i problemów

społecznych. Uzyskane w tym badaniu wyniki – mimo że nie dzieliły szczegółowo grupy na kobiety i mężczyzn – w ogólnym zarysie potwierdzają, że ADHD może się przejawiać w różnorodny sposób w kontekście płci, co przekłada się na formy radzenia sobie ze stresem i występujące poziomy lęku.

6. optymizm, inteligencja emocjonalna i czynniki chroniące

Badania Wizman-Man (2018) wykazały znaczenie optymistycznego podejścia do życia jako czynnika sprzyjającego lepszemu radzeniu sobie z trudnościami, a Modzelewska (2024) zwracała uwagę na rolę inteligencji emocjonalnej w funkcjonowaniu dorosłych z ADHD. W prezentowanej pracy zauważono, że – choć część uczestników wykazywała trudności w regulacji emocji i adaptacyjnym radzeniu sobie ze stresem – pojedyncze osoby starały się wprowadzać aktywności fizyczne, techniki relaksacyjne lub inne formy samoorganizacji, co mogło obniżać ich ogólny poziom lęku bądź stresu. Może to sugerować, że rozwijanie takich zasobów, jak optymizm czy inteligencja emocjonalna, ma dużą wartość wspierającą w radzeniu sobie z ADHD na co dzień.

7. Zbieżność wyników z modelami teoretycznymi

Z jednej strony model Barkleya (1997) doskonale wyjaśnia obserwowaną w niniejszym badaniu trudność w kontrolowaniu emocji i silne reakcje na stres, łącząc je z deficytami w zakresie mechanizmów wykonawczych. Z drugiej zaś strony, teoria transakcyjna Lazarusa i Folkman (1984) tłumaczy, dlaczego część osób stosuje bardziej zadaniowe, a część bardziej unikowe strategie – wszystko zależy od subiektywnej oceny własnych możliwości i postrzeganej trudności sytuacji. Ponadto, model wrażliwości na stres Selyego (1976) dobrze oddaje fakt, że pewna grupa badanych doświadczała objawów „wyczerpania” po dłuższej ekspozycji na wymagania dnia codziennego, co może prowadzić do nawarstwiania się problemów i wzmagania lęku.

8. Podsumowanie interpretacji:

- Ogólnie, wyniki przeprowadzonego badania wskazują, że dorośli z ADHD często charakteryzują się:
- Podwyższonym poziomem stresu (również w ujęciu zewnętrznym i intrapsychicznym).
- Wyższym lękiem – zarówno jako cechą, jak i stanem aktualnie przeżywanego napięcia.
- Tendencją do stosowania mniej adaptacyjnych strategii radzenia sobie (emocjonalnych, unikowych).



- Trudnościami w samoregulacji, które mogą wzmacniać poczucie przeciążenia.

Jednocześnie część uczestników wykazywała postawy i zachowania pozwalające lepiej radzić sobie z codziennym stresem (np. aktywność fizyczna, wsparcie społeczne), co potwierdza możliwość kształtowania bardziej skutecznych strategii w tej grupie. W tym sensie niniejsze wyniki są w znacznym stopniu zgodne z dotychczasowymi badaniami, wskazując dodatkowo, że interwencje psychoedukacyjne i terapeutyczne mogą mieć istotne znaczenie w łagodzeniu objawów lękowych oraz obniżaniu poczucia przeciążenia stresem. Różnice w intensywności objawów czy wyborze stylu radzenia sobie mogą natomiast wynikać z czynników indywidualnych (np. nasilenie objawów ADHD, obecność innych zaburzeń, poziom inteligencji emocjonalnej, wsparcie środowiska), co wydaje się spójne z badaniami Putten i in. (2018) oraz ujęciami transakcyjnymi stresu (Lazarus & Folkman, 1984).

W konsekwencji można stwierdzić, że uzyskane w niniejszym badaniu rezultaty dopełniają obraz wyłaniający się z wcześniejszych prac – potwierdzają, że ADHD wiąże się z wyższą wrażliwością na stres i lęk, a zarazem uwypuklają rolę indywidualnych czynników (m.in. mechanizmy maskowania, różnice płci, strategie radzenia sobie) w kształtowaniu sposobu funkcjonowania danej osoby.

8.2. Znaczenie wyników dla teorii i praktyki klinicznej

Mimo że przeprowadzone badanie miało charakter jakościowy, a liczebność próby była ograniczona, uzyskane rezultaty mogą wnieść pewien wkład zarówno w rozumienie teoretyczne zjawiska stresu i lęku u dorosłych z ADHD, jak i w szeroko pojętą praktykę diagnostyczną czy terapeutyczną. Poniżej przedstawiono kilka potencjalnych obszarów zastosowań:

1. Pogłębienie wiedzy teoretycznej.

Wyniki potwierdzające podwyższony poziom stresu oraz lęku, a także wskazujące na stosowanie mniej adaptacyjnych strategii radzenia sobie, korespondują z modelami samoregulacji emocjonalnej (Barkley, 1997) i teorią transakcyjną stresu (Lazarus & Folkman, 1984). Pokazują one, że mechanizmy związane z deficytami uwagi, impulsywnością i nadpobudliwością utrudniają efektywną regulację emocji w sytuacjach obciążenia. W kontekście literatury na temat wysokiej reaktywności na stres w ADHD (np. Selye, 1976; Anastopoulos i in., 2011), uzyskane wnioski stanowią drobne, ale istotne dopełnienie dotychczasowych analiz. Mogą one również posłużyć za argument na rzecz dalszego rozwoju

holistycznych modeli wiążących ADHD z wyższą wrażliwością na bodźce stresowe i nakładającymi się trudnościami w obszarze lęku.

2. Implikacje dla diagnozy.

Obserwacja, że część dorosłych z ADHD nie tylko doświadcza zwiększonego stresu, ale też często „maskuje” niektóre trudności w codziennym funkcjonowaniu, może zwrócić uwagę specjalistów na konieczność wielowymiarowej oceny. W procesie diagnostycznym – zwłaszcza u osób starszych, które wypracowały różne formy kompensacji – warto poszerzyć wywiad o pytania dotyczące strategii radzenia sobie, intensywności przeżywanego lęku oraz subiektywnego poczucia przeciążenia. Takie podejście może ujawnić głębsze trudności, pozostające dotąd niewidoczne w klasycznym badaniu objawów ADHD.

3. Psychoedukacja i interwencje terapeutyczne:

- *Rozwijanie adaptacyjnych strategii radzenia sobie:* Wyniki podkreślają, że niektóre osoby z ADHD używają emocjonalnych i unikowych stylów, co wzmacnia stres i może predysponować do pogłębienia problemów lękowych. W praktyce klinicznej należałoby położyć większy nacisk na trening bardziej konstruktywnych strategii – np. stopniowej konfrontacji ze stresem, planowania zadań, technik relaksacyjnych czy regulacji emocji.
- *Skupienie na inteligencji emocjonalnej:* Jak wskazywała Modzelewska (2024), wyższy poziom inteligencji emocjonalnej może działać ochronnie. Choć nie przeprowadzono w niniejszym badaniu pomiaru IE, uzyskane wyniki implikują, że jej kształtowanie może istotnie poprawić funkcjonowanie osób z ADHD w sytuacjach stresu i lęku.
- *Zastosowanie metod poznawczo-behawioralnych:* Wsparcie w zakresie rozpoznawania i modyfikacji negatywnych myśli automatycznych, pracy nad samooceną oraz technik planowania czasu może zmniejszać poczucie przeciążenia. Nawet w niewielkim badaniu jakościowym wyraźnie widać, że brak tych umiejętności prowadzi do narastania stresu, co podnosi poziom lęku.

4. Zastosowanie w programach wsparcia edukacyjno-zawodowego.

U wielu dorosłych z ADHD trudności w zarządzaniu obowiązkami lub w adaptacyjnym reagowaniu na nagłe wyzwania przekładają się na większy stres w miejscu pracy bądź w trakcie studiów. Wprowadzenie elementów wsparcia (np. doradztwa zawodowego, mentoringu, coachingu ADHD) mogłoby wspomóc rozwijanie lub utrwalenie skutecznych form radzenia sobie. Uzyskane wyniki wskazują, że osoby z ADHD zbyt często sięgają po



pasywne bądź niewystarczająco skuteczne strategie, co oznacza, że narzędzia organizacyjne (kalendarze, przypominalki, aplikacje do zarządzania zadaniami) czy psychoedukacja grupowa mogą realnie poprawić jakość ich codziennego funkcjonowania.

5. Wkład w badania nad współwystępowaniem stresu i lęku.

Zasadniczym wnioskiem z przeprowadzonego badania jest potwierdzenie wysokiego poziomu lęku u dorosłych z ADHD i jego ścisłego powiązania z przeżywanym stresem. Choć w pracy skupiono się na metodach jakościowych, uzyskane obserwacje można traktować jako wskazówkę do kontynuacji badań w szerszej skali – np. pogłębionych analiz ilościowych, porównań między płciami czy w kontekście innych zmiennych (takich jak rodzaj wsparcia społecznego czy wiek rozpoczęcia leczenia).

6. Ograniczenia wnioskujące o zastosowaniach.

Należy podkreślić, że o ile wnioski mają pewien potencjał praktyczny, o tyle charakter jakościowy badania oraz niewielka liczebność próby ograniczają możliwość uogólniania wyników. Praktycy i terapeuci mogą jednak czerpać z tych obserwacji inspirację do bardziej indywidualizowanego podejścia do dorosłych pacjentów z ADHD, prowadząc pogłębioną diagnozę nie tylko objawów nadpobudliwości i deficytu uwagi, ale również stylów radzenia sobie ze stresem i poziomu lęku.

Podsumowując, choć badanie przeprowadzone w niniejszej pracy nie aspiruje do radykalnego przekształcenia praktyki klinicznej czy teorii ADHD, jego wyniki mogą stanowić dodatkowy argument za tym, że zarówno rozpoznawanie podwyższonego poziomu stresu i lęku, jak i celowane wspieranie procesu nabywania bardziej konstruktywnych strategii radzenia sobie powinno stanowić ważny element terapii dorosłych osób z ADHD. Jednocześnie dostarczają impulsu do dalszych, bardziej rozbudowanych i ilościowych badań, pozwalających lepiej zrozumieć rolę kontekstowych czynników (np. wsparcia społecznego, stylu życia) w kształtowaniu relacji między ADHD, stresem i lękiem.

8.3. Ograniczenia badania

Każde badanie, zwłaszcza prowadzone na ograniczonej liczbie uczestników i w oparciu o wybrane metody diagnostyczne, wymaga wskazania ewentualnych słabych stron oraz sugestii dotyczących przyszłych prac naukowych. Poniżej przedstawiono najważniejsze ograniczenia niniejszego projektu badawczego oraz rekomendacje służące rozwinięciu lub udoskonaleniu badań nad stresem i lękiem u dorosłych z ADHD.



1. Ograniczona wielkość oraz charakter próby

Badanie zrealizowano na stosunkowo niewielkiej, a zarazem niereprezentatywnej grupie, co ogranicza możliwości uogólniania wniosków na populację dorosłych z ADHD. Rekrutacja uczestników mogła faworyzować osoby bardziej zmotywowane do rozmowy o swoich trudnościach bądź poszukujące wsparcia, co może zniekształcać obraz codziennego funkcjonowania dorosłych z ADHD w populacji ogólnej.

2. Charakter jakościowy i subiektywność pomiaru

Zastosowane narzędzia (m.in. kwestionariusze samoopisowe) oraz formuła badania jakościowego opierają się na deklaracjach i subiektywnych odczuciach uczestników. Choć pozwala to na wnikliwą eksplorację doświadczeń, może prowadzić do błędów pamięci czy tendencji do przedstawiania siebie w bardziej korzystnym świetle. Brak porównania z grupą kontrolną (np. osobami bez ADHD lub z innymi zaburzeniami) utrudnia wyraźne określenie, w jakim stopniu obserwowane wyniki dotyczą specyfiki ADHD, a w jakim czynników towarzyszących (np. okoliczności życiowych, cech osobowości).

3. Brak długofalowego pomiaru

Badanie miało charakter jednorazowego pomiaru, co uniemożliwia śledzenie dynamiki zmian w poziomie lęku, stresu czy stylach radzenia sobie. Nie wiadomo zatem, czy zaobserwowane trudności są stałym elementem funkcjonowania, czy raczej nasilają się lub słabną w zależności od okoliczności (np. sesja egzaminacyjna, zmiana pracy). Dla lepszego zrozumienia natury stresu i lęku w ADHD istotne byłoby zastosowanie badań podłużnych (longitudinalnych) lub analizy dziennikowej (EMA – Ecological Momentary Assessment).

4. Wąskie spektrum zmiennych kontekstowych

W pracy skupiono się głównie na wybranych skalach (CISS, STAI, KPS) i diagnozie ADHD. Cenne byłoby uwzględnienie czynników takich jak wsparcie społeczne, strategie maskowania, współwystępujące zaburzenia (np. depresyjne, lękowe), czy poziom inteligencji emocjonalnej. Brak szerszej analizy różnic płciowych lub wpływu wieku, statusu społeczno-ekonomicznego czy przebiegu edukacji ogranicza interpretację wniosków w kontekście specyficznych grup dorosłych z ADHD.

5. Zastosowanie głównie metod samoopisowych

Choć kwestionariusze i wywiady pozwalają na poznanie subiektywnych przeżyć badanych, jednoczesne włączenie obiektywnych metod (np. badań neuropsychologicznych, pomiaru

poziomu kortyzolu, obserwacji klinicznej) mogłoby dostarczyć pełniejszego obrazu. Istnieje ryzyko wystąpienia efektu społecznej aprobaty (skłonność do prezentowania się w lepszym świetle), zwłaszcza u osób z ADHD, które mogą mieć doświadczenia stygmatyzacji i chętniej podkreślać swoje mocne strony bądź minimalizować trudności.

8.4. Rekomendacje

1. Poszerzenie próby i zastosowanie podejścia ilościowego

Warto zwiększyć liczbę uczestników i uwzględnić reprezentatywny dobór próby, co umożliwi przeprowadzanie analiz statystycznych (np. porównań grupowych) i bardziej rzetelnych uogólnień. Uzupełnienie pomiaru o metody kwantytatywne (np. skalę nasilenia objawów ADHD, testy neuropsychologiczne) pozwoli na głębszą weryfikację uzyskanych dotychczas obserwacji.

2. Badania porównawcze i wieloaspektowe

Włączenie grup kontrolnych (dorosłych bez diagnozy ADHD lub z innymi zaburzeniami) ułatwi wyodrębnienie specyficznych aspektów stresu i lęku związanych właśnie z ADHD. Uwzględnienie innych zmiennych (np. poczucia kontroli, preferowanych form maskowania, wsparcia społecznego, poziomu optymizmu, inteligencji emocjonalnej) mogłoby ukazać bardziej złożony obraz funkcjonowania psychospołecznego osób z ADHD.

3. Podejście długofalowe

Badania podłużne pozwoliłyby zbadać, jak poziom stresu i lęku ewoluuje w trakcie różnych etapów życia (np. zmiana pracy, zakładanie rodziny) oraz czy ewentualne interwencje terapeutyczne przynoszą trwałe efekty. Analiza przebiegu terapii czy treningów radzenia sobie ze stresem w dłuższym horyzoncie czasowym pomogłaby zweryfikować, jakie dokładnie metody wspomagania przynoszą najlepsze rezultaty.

4. Wzbogacenie metod badawczych

Dodatkowo można wprowadzić metody obserwacyjne, wywiady kliniczne czy dzienniczki codzienne (EMA), aby uchwycić zmienność poziomu lęku i stresu w różnych porach dnia i kontekstach sytuacyjnych.

Narzędzia biometryczne (np. pomiar tętna, zmienności rytmu zatokowego, aktywności elektrodermalnej) dostarczą bardziej obiektywnych dowodów na fizjologiczne korelaty stresu i lęku.



5. Ukierunkowanie na płeć i specyficzne grupy dorosłych z ADHD

Ponieważ wcześniejsze badania sygnalizują różnice między kobietami a mężczyznami z ADHD, przyszłe projekty mogłyby w większym stopniu uwzględniać aspekt płci, poziom maskowania, a także wiek i status zawodowy. Interesujące byłoby przeprowadzenie badań wśród osób z ADHD na wyższych stanowiskach czy w niestandardowych formach zatrudnienia, co mogłoby potwierdzić (bądź obalić) tezę o wpływie konkretnych czynników środowiskowych.

Podsumowując, choć analizowane badanie niesie ze sobą pewne ograniczenia metodologiczne i wynikające z małej skali, to jednocześnie stanowi punkt wyjścia do dalszych eksploracji. Systematyczne poszerzanie wiedzy na temat stresu i lęku w dorosłej populacji z ADHD może przynieść wymierne korzyści zarówno dla rozwoju teorii psychologicznych i pedagogicznych, jak i dla praktyki klinicznej i codziennego wsparcia osób doświadczających trudności wynikających z zaburzeń neurorozwojowych.

8.5. Zakończenie

Analiza wyników badań pozwoliła na ocenę poziomu stresu, strategii radzenia sobie ze stresem oraz poziomu lęku u dorosłych z ADHD. Na podstawie uzyskanych danych można zauważyć, że uczestnicy badania wykazywali zróżnicowane strategie radzenia sobie ze stresem, jednak pewne wzorce były wspólne. Przede wszystkim, dominującą strategią okazało się unikanie, co jest zgodne z wcześniejszymi badaniami wskazującymi, że osoby z ADHD często uciekają od stresujących sytuacji poprzez działania zastępcze lub angażowanie się w inne aktywności. Jednocześnie, niektórzy badani wykazywali tendencję do stosowania strategii skoncentrowanych na emocjach, co może być związane z trudnościami w regulacji emocjonalnej, charakterystycznymi dla ADHD. W kontekście poziomu lęku, wyniki wykazały, że większość badanych osiągnęła wysokie wyniki w Skali STAI, co sugeruje, że lęk może być istotnym czynnikiem współwystępującym u dorosłych z ADHD. Potwierdza to wcześniejsze badania, które wskazują na współzależność między ADHD a podwyższonym poziomem lęku, co może wynikać z chronicznego doświadczania stresu i problemów z przetwarzaniem bodźców środowiskowych.

Odniesienie wyników do hipotezy badawczej wskazuje, że założenia dotyczące podwyższonego poziomu stresu oraz określonych strategii radzenia sobie zostały potwierdzone. Badani wykazali wysoki poziom stresu i częściej sięgali po strategie unikania oraz emocjonalne. Jednocześnie, indywidualne różnice w zakresie stosowanych strategii oraz



poziomu lęku pokazują, że ADHD nie jest jednorodnym zjawiskiem, a wpływ na mechanizmy radzenia sobie mogą mieć także inne czynniki, takie jak doświadczenia życiowe, wsparcie społeczne czy poziom samoświadomości.

Główne ograniczenia badania wynikają z małej liczebności próby, co nie pozwala na uogólnienie wyników na całą populację dorosłych z ADHD. Ponadto, zastosowanie samoopisowych metod badawczych wiąże się z ryzykiem subiektywności odpowiedzi. Niemniej jednak, wyniki te dostarczają istotnych informacji na temat funkcjonowania osób z ADHD w sytuacjach stresowych i mogą stanowić punkt wyjścia do dalszych badań w tym obszarze.

W przyszłych badaniach warto byłoby uwzględnić większą i bardziej zróżnicowaną próbę, a także zastosować metody mieszane, łączące samoopisowe narzędzia z obserwacją i obiektywnymi pomiarami reakcji na stres. Szczególnie istotne wydaje się także zbadanie wpływu terapii, wsparcia psychologicznego oraz strategii interwencyjnych na poziom stresu i lęku u dorosłych z ADHD.



9. Podsumowanie i wnioski

Prezentowana praca i badanie miało na celu szczegółową analizę zależności między poziomem stresu, stylem radzenia sobie z nim oraz poziomem lęku u dorosłych z ADHD. Przyjęto zarówno podejście jakościowe (studium przypadku), pozwalające na głębokie poznanie indywidualnych doświadczeń badanych, jak i elementy metod ilościowych, obejmujących zastosowanie narzędzi psychometrycznych – Kwestionariusza Stylów Radzenia Sobie ze Stresem CISS (Coping Inventory for Stressful Situations), Kwestionariusza Poczucia Stresu (KPS) oraz Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (STAI). W badaniu wzięło udział pięcioro dorosłych z diagnozą ADHD (w wieku 25–42 lat), co umożliwiło zgromadzenie zróżnicowanych danych od uczestników różniących się m.in. intensywnością objawów i sytuacją życiową.

Głównym zamierzeniem pracy było weryfikowanie postawionych hipotez dotyczących częstości występowania podwyższonego stresu i lęku u dorosłych z ADHD oraz sprawdzenie, czy style radzenia sobie – zwłaszcza te zorientowane na emocje i unikanie – są powiązane z silniejszym przeżywaniem lęku. Badanie wykazało, że większość uczestników rzeczywiście deklaruje wysokie natężenie stresu, a w przypadku kilku osób przekłada się on na równie duże nasilenie lęku. Uzyskane wyniki wspierają hipotezę, iż wysoki poziom stresu może pełnić rolę czynnika sprzyjającego nasilaniu się lęku (szczególnie w kontekście intrapsychicznych i zewnętrznych obciążeń). W zakresie stylów radzenia sobie zaobserwowano zróżnicowane strategie, od skoncentrowanych na emocjach po unikowe, co zgodnie z założeniami wiązało się ze zwiększonym poziomem lęku. Tym samym potwierdzona została ogólna tendencja do stosowania mniej adaptacyjnych form radzenia sobie u osób z ADHD, choć niektórzy badani korzystali również z działań zadaniowych bądź konstruktywnych aktywności (np. wsparcia społecznego).

Choć charakter i rozmiar próby nie pozwalają na szerokie uogólnienia, uzyskane spostrzeżenia mogą nieść pewne znaczenie praktyczne. Przede wszystkim, wyniki wskazują na potrzebę prowadzenia bardziej zindywidualizowanych działań terapeutycznych czy psychoedukacyjnych, uwzględniających specyficzne deficyty funkcjonowania dorosłych z ADHD w obszarze regulacji emocji i organizacji codziennego życia. Może to oznaczać większy nacisk na trening wypracowywania konstruktywnych strategii radzenia sobie (np. kształcenie umiejętności planowania, redukcję reakcji impulsywnych, rozwijanie inteligencji emocjonalnej) i monitorowanie poziomu stresu oraz lęku na różnych etapach interwencji.



Dodatkowo, otwiera się pole dla psychoedukacji ukierunkowanej na rozpoznawanie czynników wywołujących stres i uświadamianie, w jakim zakresie mogą się one nakładać na symptomy ADHD, co pozwala pacjentom w większym stopniu rozumieć swoją sytuację i dobierać adekwatne formy wsparcia.

Z perspektywy przyszłych badań wartościowe byłoby poszerzenie próby i włączenie grup kontrolnych, aby określić, które przejawy stresu i lęku są specyficzne wyłącznie dla ADHD, a które wynikają z czynników środowiskowych lub innych różnic indywidualnych. Zastosowanie metod podłużnych mogłoby ukazać dynamikę zmian w poziomie stresu i lęku, zwłaszcza w kontekście różnych interwencji (np. terapii poznawczo-behawioralnej czy farmakoterapii). Przydatne byłoby również wzbogacenie procedury o dodatkowe wskaźniki biologiczne (np. pomiary kortyzolu, tętna), co pozwoliłoby lepiej zweryfikować, w jakim stopniu deklarowany stres i lęk przekłada się na reakcje fizjologiczne. Takie połączenie danych kwestionariuszowych z obiektywnymi metodami pomiaru miałyby szczególne znaczenie w badaniach obejmujących różne grupy wiekowe i zróżnicowane podtypy ADHD.

Reasumując, niniejsza praca przybliży specyfikę doświadczania stresu i lęku w dorosłej populacji z ADHD, podkreślając jednocześnie rolę dominujących stylów radzenia sobie w nasileniu trudności emocjonalnych. Otrzymane rezultaty, choć oparte na niewielkiej próbie, stanowią cenny głos w dyskusji nad tym, w jaki sposób uwzględnienie tych czynników w procesie diagnostycznym i terapeutycznym może podnieść efektywność wsparcia. Sugerują też potrzebę dalszych, bardziej rozbudowanych badań, które pozwoliłyby określić zakres adaptacyjnych strategii zapobiegających nadmiernemu stresowi i lękowi, a w konsekwencji przyczyniły się do podniesienia jakości życia dorosłych z ADHD.



Bibliografia

Artykuły w czasopismach:

Accardo, A. L., Pontes, N. M. H., Pontes, M. C. F. (2024). Greater physical activity is associated with lower rates of anxiety and depression among autistic and ADHD youth: National survey of children's health 2016-2020. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 54(2), 321-333.

Anastopoulos, A. D., et al. (rok). Emotional regulation in children with ADHD: The role of comorbid anxiety and family functioning. *Child Psychiatry & Human Development*, 42(3), 257-272.

Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65-94.

Barkley, R. A. (2010). Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. *Guilford Press*.

Bednarska, N. A. (2023). O tym, jak płeć oraz pochodzenie kulturowe różnicują proces diagnozy osób z ADHD. *Edukacja Międzykulturowa*, 1, 144-155.

Biederman, J., et al. (rok). Attention-deficit hyperactivity disorder and comorbid conditions: Evidence from a large, clinically referred sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(5), 487-495.

Błaszczak, A. (2022). Mindfulness jako metoda terapeutyczna przeznaczona dla dzieci i młodzieży z ADHD oraz osób dorosłych. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, 606(1), 18-28.

Cholewa, K., Wysokińska, O., Zaremba, B., Siwek, M., Jańczyk, M., & Łopuszańska, U. (2020). Current view on treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adolescents. *Progress in Health Sciences*, 10(2), 80-86.

Cywińska, M. (2024). Generowanie pozytywnych emocji w doświadczeniach stresowych. *Resocjalizacja Polska*, 27, 139-154.

Faraone, S. V., Biederman, J., Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis of follow-up studies. *Journal of Attention Disorders*, 10(4), 716-723.

Gaidamowicz, R., Deksnyte, A., Palinauskaite, K., Aranauskas, R., Kasiulevicius, V., Sapoka, V., Aranauskas, L. (2018). ADHD – plaga XXI wieku? *Psychiatria Polska*, 52(2), 287-307



- Graziano, P. A., et al. (rok). The role of emotion regulation in children with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(5), 700–713.
- Hare, C., Panda, E. J., Collins, T. K., Segalowitz, S. J., Tekok-Kilic, A. (2024). The interaction of ADHD traits and trait anxiety on inhibitory control. *Psychophysiology*.
- Karteczka, K. (2012). Zespół hiperkinetyczny (ADHD) u osób dorosłych. *Edukacja Dorosłych*, 1(66), 113-126.
- Kessler, R. C., et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 716–723.
- Kołąkowski, A. (2010). Psychoterapia ADHD. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 10(3), 182-188.
- Kupicka, Z., Poraj, G., & Kaźmierski, J. (2017). ADHD u osób dorosłych – rozpoznawanie, przyczyny i skutki. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 17(3), 195-202.
- Michielsen, M., Comijs, H. C., Semeijn, E. J., Beekman, A. T., Deeg, D. J., Kooij, J. J. S. (2013). The comorbidity of anxiety and depressive symptoms in older adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*.
- Modzelewska, N. (2024). Związki temperamentu i inteligencji emocjonalnej wśród dorosłych osób z diagnozą zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD). *Studia Społeczne*, 3, 9-29.
- Nowogrodzka, A., Piasecki, B. (2021). Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytami uwagi (ADHD) – rozpoznawanie nieadaptacyjnych schematów emocjonalnych i interwencje terapeutyczne. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio J – Paedagogia-Psychologia*, 34(2), 133-143.
- Ochojska, D., Pasternak, J. (2019). Percepcja źródeł stresu i sposoby jego odreagowania w grupie studentów z ADHD. *Edukacja-Technika-Informatyka*, 10(1), 74-79.
- Pawłowska, M., Kalka, D. (2012). Deficyty uwagi u osób dorosłych z objawami zespołu hiperkinetycznego. *Polskie Forum Psychologiczne*, 17(2), 247-259.
- Putten, W. J., et al. (2024). Is camouflaging unique for autism? A comparison of camouflaging between adults with autism and ADHD. *Autism Research*, 17(4), 812-823.

- Quinn, P. O., Madhoo, M. (2014). A review of attention-deficit/hyperactivity disorder in women and girls: Uncovering this hidden diagnosis. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 16(3).
- Quinn, P. (2020). Hormonal influences on ADHD in women across the lifespan. *Journal of Attention Disorders*.
- Roterman-Konieczna, I., Gorzelański, E. J., Grzybowski, P. (2005). Genetyczne podłoże ADHD. *Krakowskie Studia Małopolskie*, 9.
- Schatz, D. B., Rostain, A. L. (rok). ADHD with comorbid anxiety: A review of the current literature. *Journal of Attention Disorders*, 10(2), 141–149.
- Siudem, A. (2008). Style radzenia sobie ze stresem a wybrane cechy osobowości. *Annales Universitatis Mariae Curie-Sklodowska, Vol. XXI Sectio J*, 29-38.
- Szaniawska, M. (2010). Trudna diagnoza – dylematy rzetelnej oceny ADHD u dorosłych pacjentów. Część I. Obraz kliniczny, trudności diagnostyczne, leczenie. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 10(3).
- Święcicka, M. (2018). Przekaz rodzinny ADHD. Zdolność do refleksji rodzica a obraz kliniczny zaburzenia dziecka. *Polskie Forum Psychologiczne*, 23(3).
- Walecki, P. (2005). ADHD – zagadnienia neuropsychologiczne. *Krakowskie Studia Małopolskie*, 9, 267-292.
- Wells, Ch., & Falk, R. (2021). The origins and conceptual evolution of overexcitability. *Psychologia Wychowawcza: dawniej Polskie Archiwum Psychologii*, 20, 23-44.
- Wojnarska, A. D. (2019). Nieprzystosowanie społeczne osób dorosłych z ADHD – aspekty diagnostyczne. *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*, 38(2), 89-109.

Książki:

- Barkley, R. A. (2009). *ADHD. Podjąć wyzwanie*. Zysk i S-ka.
- Barkley, R. A. (2020). *ADHD. Podjąć wyzwanie*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Briers, S. (2011). *Pokonaj depresję, stres i lęk, czyli terapia poznawczo-behawioralna w praktyce*. Samo Sedno.



- Cierpiałkowska, L., Sęk, H. (Red.). (2016). *Psychologia kliniczna*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Frank, M., Solden, S. (2023). *Emocjonalne wsparcie dla kobiet z ADHD*. JK Wydawnictwo.
- Gałęcki, P., Szulc, A. (2020). *Psychiatria*. Edra Urban & Partner.
- Grzegorzewska, I., Cierpiałkowska, L., & Borkowska, A. (Red.). (2020). *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Heszen, I. (2013). *Psychologia stresu*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Juczyński, Z., & Ogińska-Bulik, N. (2012). *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*. Pracownia Testów Psychologicznych.
- Kępiński, A. (2014). *Lęk*. Wydawnictwo Literackie.
- Kierkegaard, S. (2000). *Pojęcie lęku* (A. Szwed, Trans.). Antyk.
- LeDoux, J. (2024). *Lęk*. Copernicus Center Press.
- Leer, K. (2022). *ADHD. Mózg łowcy i inne supermoce*. Znak litera nova.
- Narenberg, J. (2022). *Neuroróżnorodne. Jak żyć w świecie skrojonym nie na naszą miarę*. Wydawnictwo Krytyki Politycznej.
- Oleś, P. (2003). *Wprowadzenie do psychologii osobowości*. Scholar.
- Ramsay, J. R., & Rostain, A. L. (rok). *Cognitive-behavioral therapy for adult ADHD: An integrative psychosocial and medical approach*. Routledge.
- Ranschburg, J. (1993). *Lęk, gniew, agresja*. WSiP.
- Rybakowski, J., Pużyński, S., & Wciórka, J. (Red.). (2010). *Psychiatria. Podstawy psychiatrii. Tom I*. Edra Urban & Partner.
- Sapolsky, R. M. (2012). *Dlaczego zebry nie mają wrzodów? Psychofizjologia stresu*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sęk, H. (2001). *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*. Scholar.
- Sęk, H. (2008). *Psychologia kliniczna. Tom I*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Young, S., & Bramham, J. (2013). *ADHD. Psychoterapia poznawczo-behawioralna. ADHD nastolatków i dorosłych*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Zimbardo, P. G., & Gerrig, R. J. (2018). *Psychologia i życie*. Wydawnictwo Naukowe PWN.



Rozdziały w książkach:

Bober-Płonka, B., Kuleta, M., Wasilewska, M. (2019). Funkcjonowanie studentów z ADHD: Różnice między mężczyznami i kobietami. W: *Edukacja, Technika, Informatyka: Teoretyczne i praktyczne problemy edukacji technicznej i zawodowej* (spec. 1, s. 11-20).

Podgórska-Jachnik, D. (2019). Psychospołeczne konteksty ADHD. W: *ADHD: Wybrane zagadnienia diagnozy i terapii* (s. 167-180).

Prace naukowe i raporty:

Kooij, J. J. S., Bejerot, S., Blackwell, A., et al. (2010). *European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD*.

Niedokos, Z. (2024). *Style radzenia sobie ze stresem i występowanie objawów psychopatologicznych wśród młodych dorosłych przejawiających i nieprzejawiających objawów ADHD* [Praca magisterska]. Uniwersytet XYZ.

Narzędzia psychometryczne:

Plopa, M., Makarowski, R. (2010). *Kwestionariusz Poczucia Stresu*. Vizja PRESS&IT.

Sosnowski, T., Wrześniewski, K., Jaworowska, A., & Fecenec, D. (2011). *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku. Polska adaptacja*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

Strelau, J., & Jaworowska, A. (2020). *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

