

Szczyt rozpoznawalności przypada na szkołę średnią. CD bardzo rzadko pojawia się po 16. roku życia.

23.4. Diagnostyka różnicowa i zaburzenia współwystępujące

Diagnostyka różnicowa powinna uwzględniać:

- ADHD;
- zaburzenie opozycyjno-buntownicze;
- zaburzenia nastroju;
- zaburzenie adaptacyjne;
- PTSD;
- zwykły rozwój w okresie dzieciństwa;
- zaburzenie z okresowymi wybuchami agresji;
- poważne patologiczne zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym (guz, infekcja, padaczka);
- zaburzenia psychotyczne;
- epizod maniakalny;
- zaburzenia lękowe (przede wszystkim u dziewcząt);
- upośledzenie rozwoju mowy;
- specyfikę subkultury młodzieżowej, do której należy dziecko, ponieważ zachowania powszechnie uważane za niewłaściwe mogą się okazać charakterystyczne dla danej grupy.

UWAGA!

ADHD a ODD i CD

Choć istnieje powiązanie między zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi a ODD i CD, to samo ADHD nie mieści się w spektrum rozpoznania dla tych zaburzeń!

Do najczęstszych **zaburzeń i problemów współwystępujących** zalicza się:

- podejmowanie aktywności seksualnej w okresie wczesnej adolescencji;
- zaburzenia nastroju;
- nadużywanie substancji psychoaktywnych;
- specyficzne zaburzenia uczenia się;
- ADHD (co dotyczy niemal połowy przypadków).

Płeć a obraz kliniczny

Zachowania agresywne są częściej obserwowane u chłopców do 3. roku życia.

Poważne zachowania antyspołeczne obserwuje się częściej u chłopców niż u dziewcząt, które wykazują mniej agresji oraz popełniają niższą liczbę przestępstw. Dziewczęta częściej dokuczają innym, znęcają się emocjonalnie (np. dążą do wykluczenia innych z grupy), angażują się w przygodny seks bez zabezpieczeń, nadużywają narkotyków oraz uciekają z domu.

23.5. Przebieg

Nie u wszystkich dzieci prezentujących w młodszym wieku dysfunkcyjne zachowania rozwiną się dalsze problemy. Wyniki badań pokazują, że jedynie u połowy z nich pojawiają się problemy w średnim dzieciństwie. Z kolei u połowy tych dzieci, u których obserwuje się te ostatnie, rozwiną się dodatkowe problemy w okresie adolescencji.

Ryzyko wejścia w późniejszą kolizję z systemem prewencyjno-penitencjarnym wzrasta trzykrotnie w przypadku dzieci, u których obserwowano bardzo nasilone zachowania agresywne w wieku 7–8 lat. Choć rozpoznanie jest teoretycznie możliwe u dzieci w każdym wieku, początek zaburzenia przed 10. rokiem życia (częściej u chłopców) z reguły wiąże się z gorszym rokowaniem ze względu na większą rolę czynników genetycznych oraz zdecydowanie wyższe prawdopodobieństwo współwystępowania ADHD i innych zaburzeń psychicznych. Osobowość antyspołeczna w dorosłości rozwija się u około 50% pacjentów, u których w dzieciństwie rozpoznano zaburzenia zachowania. 5% dzieci, u których zachowania antyspołeczne w dużym nasileniu występują w wieku 7 lat, doświadczy załamania linii życiowej w wieku lat 25 (wczesne cięższe, bezrobocie, uzależnienia, przestępczość). Podsumowując, późniejszy początek oraz łagodniejsze nasilenie objawów z reguły wiąże się z korzystnym rokowaniem w dorosłości.

23.6. Czy zawsze „schodzą na złą drogę”? Czynniki protekcyjne w zaburzeniach zachowania

Czynniki protekcyjne w zaburzeniach zachowania można podzielić na dwie grupy. Stanowią je:

- **czynniki będące odwrotnością opisanych czynników ryzyka**, takie jak:
 - wysoki iloraz inteligencji,
 - prawidłowe otoczenie społeczne,
 - wspomagający rodzice;