

PRZEKAZ RODZINNY ADHD ZDOLNOŚĆ DO REFLEKSJI RODZICA A OBRAZ KLINICZNY ZABURZENIA DZIECKA

Małgorzata Świącicka

Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski
Department of Psychology, University of Warsaw

THE FAMILIAL TRANSMISSION OF ADHD. PARENT'S ABILITY TO REFLECT
AND CHILD'S CLINICAL PATTERN OF DISORDER

Summary. The paper deals with social factors that have an impact on the familial transmission of ADHD symptoms. Most studies in this area concerns behaviors of parents presenting the ADHD symptoms. The importance of psychological characteristics of such parents in familial transmission of disorder is underestimated. Clinical data collected during therapy sessions with an ADHD diagnosed boy and his parents was presented. An attempt to explain in the light of existing knowledge the relationship between psychological functioning of the mother, and her son's clinical pattern of disorder was made. In conclusions it was suggested that further researches on the social transmission of ADHD require to explore the issues such as parent's ability to reflect and mentalize.

Key words: ADHD in adults, ADHD in children, parenting, familial transmission of disorder

Psychologia kliniczna jest dyscypliną, w której badania naukowe i rozważania teoretyczne ściśle związane są z praktyką. Zajmuje się prowadzeniem badań empirycznych i rozważań teoretycznych potrzebnych, by udzielać pomocy psychologicznej. Praktyka kliniczna weryfikuje przydatność tej wiedzy i inspiruje do dalszych badań. Celem tego artykułu jest skonfrontowanie wiedzy wynikającej z badań nad współwystępowaniem ADHD u rodziców i dzieci z materiałem klinicznym pochodzącym z pracy psychologa z dzieckiem i jego mamą przejawiającymi objawy tego zaburzenia. Zestawienie takie pokazuje, jak przydatna dla psychologa praktyka jest wiedza pochodząca z badań empirycznych. Jednocześnie pokazuje ograniczenia istniejącej wiedzy i jej nieprzystawalność do rozwiązywania niektórych problemów klinicznych. Tym samym wskazuje kierunki, w jakich powinny zmierzać dalsze badania.

Adres do korespondencji: Małgorzata Świącicka, e-mail: mswiec@psych.uw.edu.pl

Występowanie objawów ADHD w tej samej rodzinie, zarówno u któregoś z rodziców, jak i niektórych dzieci, jest zjawiskiem częstym, co wyjaśnia się działaniem czynników biologicznych i społecznych. Szacuje się, że prawdopodobieństwo posiadania dziecka z ADHD przez rodzica z tym samym zaburzeniem wynosi od 25 do 50%, a około 40% dzieci z ADHD ma rodzica z podobnymi objawami (Faraone, Doyle, 2000; Biederman, Faraone, Monuteaux, 2002; Johnston i in., 2012; Chronis-Tuscano i in. 2016). Częste rodzinne występowanie ADHD wynika z tego, że jest to zaburzenie, w którego etiologii duże znaczenie ma komponent genetyczny. Na podstawie wielu badań prowadzonych na parach bliźniąt jedno- i dwujajowych szacuje się wskaźnik odziedziczalności ADHD, czyli wielkości wpływu genetycznego, na 76%, co wskazuje, że jest to jedno z najbardziej odziedziczalnych zaburzeń psychicznych (Faraone i in., 2005). Wśród czynników społecznych stanowiących ryzyko rozwinięcia się predyspozycji genetycznej w objawy ADHD i kształtujących obraz kliniczny zaburzenia największe znaczenie mają oddziaływania rodzicielskie i relacja rodzice-dziecko. W badaniach nad społecznymi uwarunkowaniami współwystępowania ADHD u rodziców i ich dzieci interesowano się tym, jakie specyficzne cechy mają osoby z ADHD jako rodzice i jakie są mechanizmy wpływu rodzicielskiego ADHD na specyfikę funkcjonowania dzieci.

ADHD u osób dorosłych

Istnieje obecnie zgoda wśród badaczy, że ADHD występuje nie tylko w okresie dzieciństwa, ale także w dorosłości, co znalazło odzwierciedlenie w najnowszej wersji DSM (APA, 2013). Częstość występowania tego zaburzenia u osób dorosłych w populacji Stanów Zjednoczonych szacuje się na 2,5% (APA, 2013). Diagnozowanie ADHD u osób dorosłych nasuwa wiele problemów. W literaturze wskazuje się, że kryteria diagnostyczne zawarte w kolejnych wydaniach DSM, włącznie z najnowszym, zostały opracowane na podstawie materiału klinicznego i wyników badań dotyczących przede wszystkim dzieci i młodzieży, wobec czego nie odzwierciedlają specyfiki manifestowania się zaburzenia u osób dorosłych (Davidson, 2008). Niewątpliwe jest jednak, że ADHD wpływa na jakość życia osób dorosłych dotkniętych tym zaburzeniem. Jak wskazują wyniki badań (Manos, 2010), osoby z ADHD mają osiągnięcia życiowe (wykształcenie, zarobki, pozycja zawodowa) niższe niż osoby bez zaburzenia, a także niż przewidywane na podstawie ich poziomu inteligencji. Ale to, co istotne z punktu widzenia rozważanego tu problemu, mają także trudności w interakcjach społecznych, w tym rodzinnych. Charakterystyczne dla tej grupy osób są trudności we współpracy i zgodnym współżyciu ze współpracownikami, a także w utrzymaniu stabilnego związku interpersonalnego. Mają one poczucie mniejszej satysfakcji z wielu aspektów życia społecznego, zawodowego i rodzinnego. Są dane (Knouse i in., 2008) wskazujące, że trudności w codziennym funkcjonowaniu dorosłych z ADHD zależą od sposobu manifestowania się objawów zaburzenia. Innego rodzaju trudności mają osoby, u których przeważają objawy

nieuwagi niż te z przewagą impulsywności/nadaktywności. Osoby nieuważne narażone są na doświadczanie wielu trudności w realizacji zadań życiowych i związany z tym stres. Problemem osób impulsywnych jest natomiast to, że w małym stopniu uwzględniają kontekst, w którym działają. Podejmując codzienne czynności, niedostatecznie biorą pod uwagę partnerów interakcji, a także nieadekwatnie oceniają swoje kompetencje. Bywa to powodem zachowań nieadekwatnych do kontekstu sytuacyjnego i źródłem konfliktów.

Funkcjonowanie w roli rodzicielskiej osób z ADHD

ADHD występujące u osoby dorosłej może mieć istotny wpływ na sposób realizacji jednej z ważniejszych ról społecznych, jaką jest rola rodzica. Jednak niewiele systematycznych badań było prowadzonych nad rodzicielstwem osób z ADHD. Zdaniem Candice Murray i Charlotte Johnston (2006), objawy kryterialne ADHD – nieuwaga i impulsywność/nadaktywność są w sprzeczności z podejmowaniem efektywnych praktyk rodzicielskich i prawdopodobnie sprzyjają niewłaściwemu dozorowi dziecka, niespójnej dyscyplinie i słabej zdolności rozwiązywania problemów w rodzinie. Takie hipotezy były sprawdzane w prowadzonych przez autorki badaniach kwestionariuszowych i laboratoryjnych. Oczekiwany związek między objawami ADHD matek a charakterem podejmowanych przez nie nieefektywnych praktyk rodzicielskich został potwierdzony, co wskazuje, że objawy ADHD rodzica w charakterystyczny sposób przekładają się na zachowania w interakcji z dzieckiem. Podobne wnioski wynikają także z innych badań (Harvey i in., 2003; Chronis-Tuscano i in., 2008; Mokrowa i in., 2010; Johnston i in., 2012). Pokazują one, że w rodzinach osób z ADHD panuje chaos, życie codzienne jest źle zorganizowane, dzieci są słabo dopilnowane, a środki dyscyplinujące stosowane niekonsekwentnie i w sposób przesadny. Takie praktyki rodzicielskie i organizacja życia są niekorzystne i sprzyjają nasilaniu się objawów ADHD oraz powstawaniu zachowań opozycyjnych i antyspołecznych (Patterson, DeGarmo, Knutson, 2000; Johnston, Jassy, 2007), co może wyjaśniać nasilone objawy ADHD, a zwłaszcza częste współwystępowanie ADHD i ODD u dzieci z rodzin, w których któreś z rodziców przejawia ADHD.

Poza badaniami odnoszącymi się do praktyk rodzicielskich, czyli konkretnych zachowań rodziców w kontakcie z dzieckiem, oraz do organizacji życia w rodzinie prowadzone są też (w niewielkiej liczbie) badania dotyczące psychicznych właściwości rodziców, które mogą być odpowiedzialne za międzypokoleniową transmisję objawów ADHD. Badano przekonania matek dotyczące ich rodzicielstwa – poczucie skuteczności rodzicielskiej oraz umiejscowienie rodzicielskiej kontroli (Banks i in., 2008). W grupie matek o podwyższonym nasileniu objawów ADHD stwierdzono występowanie niższego poczucia skuteczności i bardziej zewnętrzne umiejscowienie kontroli niż u matek bez zaburzenia. Wyniki tych badań pokazują, że nieefektywne praktyki rodzicielskie matek z ADHD mogą być nie tylko wyrazem objawów

kryterialnych zaburzenia (chaotyczność, impulsywność), ale mogą być dodatkowo spowodowane niekorzystnym dla funkcjonowania w roli rodzicielskiej spostrzeganiem siebie jako matki, co wskazywałoby na to, że matki te dostrzegają własne trudności w pełnieniu funkcji rodzicielskiej, ale czują się bezradne, niezdolne do przezwyciężenia trudności, wobec czego przypisują ich przyczyny na zewnątrz. Inne badania nad sposobem spostrzegania własnej skuteczności rodzicielskiej u matek z ADHD wskazują, że nie zawsze jest ono obniżone. Są matki z ADHD, które zbyt wysoko oceniają swoje kompetencje rodzicielskie (Lui i in., 2013). Ta skłonność do iluzorycznie pozytywnego nastawienia występuje jedynie u matek z podtypem ADHD charakteryzującym się wysokim nasileniem objawów nadaktywności/impulsywności, a nie występuje u matek, u których przeważają objawy nieuwagi.

Związki między ADHD rodziców a funkcjonowaniem ich dzieci

Na podstawie przeglądu literatury Charlotte Johnston i współpracownicy (2012) stwierdzili, że nieprawidłowości rodzicielstwa osób z ADHD są efektem deficytów w zakresie samokontroli i samoregulacji, które leżą u podłoża objawów ADHD. Zgodnie z wiedzą na temat tego zaburzenia, podstawowymi deficytami uruchamiającymi objawy ADHD są nieprawidłowości funkcji wykonawczych zimnych (pamięć robocza, kontrola hamowania, planowanie) i gorących (motywacja, awersja do odroczenia, wrażliwość na karę i nagrodę) oraz samoregulacji zachowania i emocji. Deficyty te, charakteryzujące rodziców z ADHD, oddziałują na obniżenie zdolności do kontrolowania zachowania dziecka (np. trudności w organizacji życia rodziny, niejasne komunikaty), na przekonania rodziców (np. obniżone przekonania o własnej skuteczności) oraz na reakcje emocjonalne, które mogą charakteryzować się wrogością i brakiem ciepła. Takie cechy funkcjonowania rodziców są mediatorem między podstawowymi deficytami u rodziców a objawami ADHD u dzieci oraz współwystępującymi zachowaniami opozycyjno-buntowniczymi. Analizowane w omawianym artykule badania dotyczyły przede wszystkim funkcjonowania dorosłych z ADHD jako rodziców. Koncentrowały się na wyjaśnianiu zachowań rodzicielskich poprzez poszukiwanie deficytów neuropoznawczych charakterystycznych dla tego zaburzenia, które mogą takie zachowania powodować. Natomiast nie ma wyjaśnień, na jakiej drodze zachowania rodziców przekładają się na funkcjonowanie wykonawcze i objawy ADHD u dzieci. Takich danych można poszukiwać w badaniach nad wpływem oddziaływań społecznych na rozwój zdolności samoregulacyjnych dziecka.

Współczesna wiedza wskazuje na istotne znaczenie oddziaływań społecznych, zwłaszcza rodzicielskich, na rozwój zdolności do samoregulacji. Między innymi prowadzone są badania dotyczące roli czynników społecznych w kształtowaniu się funkcji wykonawczych, które uważane są za narzędzia niezbędne dla realizacji samoregulowanego działania. Konstrukty funkcji wykonawczych odnosi się do

zespołu czynności umysłowych, które umożliwiają człowiekowi programowanie, kontrolowanie i modyfikowanie swoich działań ukierunkowanych na cel (Jodzio, 2008). Różnice indywidualne w sprawności funkcji wykonawczych tradycyjnie przypisywano działaniu czynników biologicznych. Ostatnio jednak pojawia się coraz więcej doniesień wskazujących na potrzebę weryfikacji tego poglądu i uwzględnienie także oddziaływań społecznych (Lewis, Carpendale, 2009). Badacze zajmujący się tym zagadnieniem koncentrują się na roli *scaffoldingu* – rusztowania w interakcji dorosły-dziecko. Pojęcie „rusztowania” wprowadzone przez Wooda, Brunera i Rossa w 1976 r. wywodzi się z teorii Lwa Wygotskiego i oznacza procesy, za pomocą których nauczyciel pomaga zaplanować i zorganizować aktywność dzieci, aby mogły one wykonać zadanie przekraczające ich aktualny poziom kompetencji (Bibok, Carpendale, Müller, 2009; Hammond i in., 2012). Początkowo badano rusztowanie w toku formalnej edukacji dziecka. Ostatnio zwraca się uwagę na znaczenie występowania tego zjawiska podczas codziennych interakcji rodzice-dziecko. Wyniki prowadzonych badań wskazują, że rodzice różnią się między sobą zdolnością do adekwatnego, dostosowanego do dziecka i konkretnej sytuacji kierowania zachowaniem dzieci. Jeżeli pomoc udzielana dzieciom nie jest adekwatna, ma to niekorzystny wpływ na rozwój dziecka, w tym na jego funkcjonowanie wykonawcze (Carr, Pike, 2012; Hammond i in., 2012). Udzielanie dostosowanego do potrzeb dziecka wsparcia podczas wykonywania różnych codziennych czynności o wzrastającym poziomie trudności wymaga ze strony rodzica odpowiedniej wrażliwości. Wymaga także gotowości do pozostawienia dziecku przestrzeni do samodzielnych działań, zdolności do uważnej obserwacji zachowania dziecka, dostrzegania sygnałów o doświadczanych przez dziecko trudnościach i sukcesach, a także zdolności do modyfikowania własnych zachowań adekwatnie do zmian w zachowaniu dziecka. Można przypuszczać, że rodzice z ADHD ze względu na własne trudności w samoregulacji mogą mieć trudność we wspieraniu swojego dziecka zgodnie z jego potrzebami. W literaturze można znaleźć prace w sposób pośredni potwierdzające to przypuszczenie. Pokazują, że typowe dla rodziców z ADHD praktyki rodzicielskie wiążą się z obniżonym rozwojem funkcji wykonawczych dzieci, co może być jednym z powodów występowania objawów ADHD. Między innymi stwierdzono, że brak nadzoru, niekonsekwentna i nadmierna dyscyplina wiążą się z obniżoną zdolnością do hamowania u dzieci (Roskam i in., 2014), z kolei nadaktywność matek może prowadzić do trudności w odraczaniu gratyfikacji u dzieci (Russel, Londhe, Britner, 2013).

Zainteresowanie badaczy wzbudził problem, czy współwystępowanie objawów ADHD u rodzica i dziecka może mieć pozytywny wpływ na sposób manifestowania się zaburzenia dziecka. Lamprini Psychogiou i współpracownicy (2008), odwołując się do klasycznej koncepcji dobroci dopasowania (*goodness of fit*) zaproponowanej przez Alexandra Tomasa i Stellę Chess, rozważali możliwość, że obecność objawów ADHD u rodzica może ułatwiać mu dostosowanie się do specyficznych właściwości zachowania jego dziecka mającego predyspozycje do podobnych zachowań. Chodzi tu zwłaszcza o synchronizację tempa działania rodzica i dziecka, co może mieć

korzystny wpływ na jego rozwój. Wyniki przeprowadzonych badań potwierdziły te przypuszczenia. Stwierdzono, że negatywny wpływ ADHD dziecka na zachowania rodzicielskie był mniejszy, w przypadku gdy rodzice przejawiali to zaburzenie, niż gdy byli to rodzice bez zaburzenia. Są także wyniki badań wskazujące, że rodzice z ADHD, u których przeważają objawy impulsywności nad objawami nieuwagi, mają skłonność do przeceniania swoich kompetencji rodzicielskich, zwłaszcza jeśli ich dzieci także wykazują podobne objawy (Psychogiou i in., 2007; Lui i in., 2013). Autorzy tych badań sugerują, że pozytywna ocena własnego rodzicielstwa dokonywana przez impulsywnych i nadaktywnych rodziców może odzwierciedlać doświadczany w kontakcie z podobnie do nich zachowującymi się dziećmi entuzjazm, spontaniczność, możliwość realizacji własnej potrzeby aktywności (Lui i in., 2013).

Podsumowując, można powiedzieć, że w literaturze odnoszącej się do problemu społecznych uwarunkowań przekazu rodzinnego objawów ADHD najczęściej mówi się o nieprawidłowych praktykach rodzicielskich i niewłaściwej organizacji życia rodziny jako o czynnikach mających istotne znaczenie. Przeważają sugestie, że takie zachowania rodzicielskie są bezpośrednim wyrazem objawów kryterialnych zaburzenia, które w życiu rodzinnym przybierają taką właśnie formę. Jest niewiele badań próbujących poszukiwać przyczyn zachowań rodzicielskich osób z ADHD w ich właściwościach psychicznych. Prace te koncentrują się na deficytach procesów samoregulacji u rodziców. Są pojedyncze badania dotyczące spostrzegania siebie w roli rodzicielskiej, a ich wyniki nie są konkluzywne. Pewne sugestie co do mechanizmu rodzinnego przekazu można znaleźć w literaturze dotyczącej społecznego wpływu na rozwój procesów samoregulacji. Pokazane jest tam, że trudności w samoregulacji u rodziców uniemożliwiają tworzenie efektywnego rusztowania niezbędnego do prawidłowego rozwoju funkcji wykonawczych u dzieci.

Ilustracja kliniczna

Krzyś, dziesięcioletni uczeń klasy czwartej, został zgłoszony na terapię grupową prowadzoną w ośrodku przyuniwersyteckim, ukierunkowaną na poprawę funkcjonowania emocjonalnego i społecznego dzieci. U chłopca wcześniej został zdiagnozowany przez psychiatrę zespół zaburzeń uwagi z nadaktywnością (ADHD) oraz współwystępujące objawy zachowań opozycyjno-buntowniczych. Krzyś miał bardzo poważne problemy z zachowaniem w szkole i te trudności były bezpośrednim powodem zgłoszenia go przez rodziców na terapię. Rodzice pokazali psychologowi korespondencję ze szkołą, gdzie na wielu stronach wydruków z dzienniczka internetowego znajdowała się niezliczona liczba uwag nauczycieli. Były tam uwagi typowe, jakie można znaleźć w dzienniczku każdego dziecka z ADHD, np.: „Nie potrafi zapanować nad swoją ruchliwością, biega po sali, popycha inne dzieci, krzyczy, nie reaguje na uwagi nauczyciela”. Ale można znaleźć też uwagi charakteryzujące specyficzny dla Krzysia kliniczny obraz zaburzenia. W obrazie tym na

pierwszy plan wysuwa się nieumiejętność przewidywania konsekwencji swojego zachowania i racjonalnego radzenia sobie z zaistniałymi konsekwencjami. Istotę tych zachowań można przedstawić następująco: Krzyś podejmuje impulsywne działania, w efekcie których dochodzi do przekroczenia norm społecznych, a częstym skutkiem jest wyrządzenie krzywdy innej osobie. Nie przewiduje, że zachowując się w ten sposób, sam stawia siebie w trudnej sytuacji zagrożenia karą, dezaprobatą, odrzuceniem. Rozpaczliwie broni się przed tymi konsekwencjami, uciekając się do kłamstw, przez co pogłębia negatywne nastawienie innych do siebie. Przykładem jest wydarzenie, kiedy to Krzyś dla śmiechu wrzucił kapeć kolegi do sedesu i chwalił się tym czynem przed kolegami. Kiedy wiadomość o wydarzeniu dotarła do nauczycieli, chłopiec wypierał się, że to on był sprawcą. W efekcie został ukarany nie tylko za wrzucenie kaptura, ale jeszcze bardziej surowo za kłamstwo. Innym razem Krzyś w szkole podczas przerwy zdenerwowany na kolegę ordynarnie go przezywał, nie zwracając uwagi na to, że kolega właśnie rozmawia ze swoją mamą przez telefon i ona wszystko słyszy. Mama kolegi przyszła na skargę, a Krzyś znowu się wypierał. Podobnych historii w dzienniczku chłopca było wiele.

Przekazane psychologowi informacje o zachowaniu Krzysia w domu pokazywały złożoność jego problemów. Oboje rodzice wskazywali, że Krzyś jest w domu pomocny, samodzielny, zaangażowany we wspólne działania na rzecz rodziny. Zwłaszcza w wypowiedziach mamy wielokrotnie pojawiały się stwierdzenia, że jest on dzieckiem idealnym, że uważa go za świetnego partnera, z którym doskonale potrafi się porozumieć. Opowiadała, jak wygląda ich współpraca: „On tłucze kotlety, ja obtaczam i wszystko świetnie idzie, obiad jest gotowy w kilka minut. My współdziałamy”. Jednak w wypowiedziach rodziców pojawiały się też opisy trudności, jakie sprawia w domu. Przede wszystkim jest to niechęć do odrabiania zadanych w szkole prac domowych, ale także pojawiające się w niektórych sytuacjach buntowniczość i upór oraz najpoważniejszy problem – kłamstwa. Zastanawiająca była wypowiedź rodziców, że Krzyś czasem „robi się obcy, wrzeszczy, krzyczy, nie słucha, traci się z nim kontakt”. Te zachowania były dla nich niezrozumiałe i niepokojące.

Złożoność problemów Krzysia potwierdzają obserwacje prowadzone podczas terapeutycznych zajęć grupowych. Krzyś był najbardziej pomocnym, prospołecznie nastawionym uczestnikiem grupy, a jednocześnie tym, który wprowadza najwięcej elementów destrukcyjnych. Wobec mniej zaradnych uczestników wykazywał opiekuńczość, potrafił ustąpić czy dać fory podczas gry, ale zdarzały się sytuacje, kiedy bezwzględnie dążył do wygranej, naginając na swoją korzyść reguły gry. Zawsze chętny do współdziałania z prowadzącymi zajęcia przy wykonywaniu konkretnych, dobrze zdefiniowanych zadań, demonstrował niechęć i buntowniczość, gdy proponowana aktywność wymagała odwołania się do jego własnych treści psychicznych. Takie zadania, jak wykonanie rysunku czy tworzenie opowiadania, sprawiały mu trudność i budziły ogromną niechęć. Odmawiał ich wykonania, otwarcie się buntując, albo działał szybko, bez zaangażowania, często naśladowując

innych uczestników. Próby rozmowy o przeżywanych uczuciach przyjmował niechętnie, a jeśli decydował się mówić, to deklarował, że czuje zmęczenie, senność lub obojętność.

Mama Krzysia mówiła o sobie, że podobnie jak syn ma ADHD. Nie ma co prawda formalnej diagnozy, ale obserwuje u siebie typowe dla tego zaburzenia objawy. Mówiła o swoim zaburzeniu jako o czymś pozytywnym, dającym jej przewagę nad innymi osobami. Opowiadała, że jest cenionym pracownikiem, ponieważ potrafi robić wiele rzeczy na raz: „Robię jedno, drugie, trzecie, czwarte, piąte. Na tym wygrywam, bo nikt tak nie potrafi”. Z drugiej strony z niektórych jej wypowiedzi wynikało, że nie zawsze jej szybkość działania jest skuteczna i dobrze oceniana, że słyszy uwagi: „Pracuj mniej, ale mądrze”. Nie przywiązywała wagi do negatywnych ocen jej zachowania. Traktowała je humorystycznie jako element anegdot o zabawnych przypadkach, które wydarzyły się z powodu jej ogromnej aktywności. W wypowiedziach mamy ujawniała się jej ogromna potrzeba działania i niechęć do refleksji. Mówiła: „Ja cały czas: działać, robić, jeszcze, jeszcze... Jak się zastanawiam, to mam poczucie, że coś mi ucieka, że tracę czas. Jestem niewolnikiem czasu. Szybciej, szybciej, więcej”. Ekspresja towarzysząca tej wypowiedzi podkreślała, jak bardzo awersyjnym doświadczeniem jest dla niej zatrzymanie się, skupienie, uruchomienie refleksji.

Krzyś w opowiadaniach swojej mamy jawi się jako idealny partner przy wykonywaniu różnych aktywności domowych, ponieważ działa w podobnym tempie i jest chętny do pomocy. Przyglądając się bliżej wypowiedziom mamy, można wywnioskować, że jej współdziałanie z synem odbywa się na zasadzie angażowania go we wspólne wykonywanie różnych prac domowych, a więc w aktywność ważną dla mamy, realizowaną w odpowiadający jej sposób i w jej tempie. Nie ma opowieści o wspólnych działaniach zainicjowanych przez Krzysia, w które mama byłaby zaangażowana, przyzwalając na samodzielność i wiodącą rolę syna. Zachowania problemowe Krzysia pojawiające się w szkole i w domu mama stara się na ogół usprawiedliwiać. Okazuje im zrozumienie, jako że ona sama zachowywała się podobnie. Rozumie, że niektóre z tych zachowań wymagają korekty i poszukuje prostych rozwiązań, które pomogłyby jej zmienić nieakceptowane zachowania syna. Podczas rozmowy z psychologiem zadaje wielokrotnie pytanie: „co robić?”. Poszukuje rady, jakie można zastosować „triki”, żeby poradzić sobie z Krzysiem, kiedy on zachowuje się w sposób nieakceptowany. Reaguje niechęcią na próby zachęcenia jej przez psychologa do powstrzymania się od poszukiwania nowych działań i skoncentrowania się na zrozumieniu jego zachowania. Uważa takie rozważania za stratę czasu.

Przedstawiony materiał kliniczny w wielu punktach potwierdza wiedzę pochodzącą z badań empirycznych. Zgodnie z tym, co sugeruje się w literaturze (Psychogiou i in., 2007, 2008; Lui i in., 2013), objawy ADHD występujące u matki i dziecka ułatwiały im wspólne działanie, któremu towarzyszył entuzjazm. Te wspólne aktywności sprzyjały pozytywnemu spostrzeganiu Krzysia przez matkę,

co bywa problemem w wielu rodzinach dzieci z ADHD. Prawdopodobnie dzięki pozytywnym doświadczeniom ze wspólnie z mamą wykonywanych zadań prospołecznych wytworzyła się w Krzysiu tendencja do podejmowania takich zachowań w innych kontekstach społecznych. Można w tym dostrzec pozytywne efekty współwystępowania objawów ADHD u matki i syna. Na podstawie opisu jej własnych zachowań należy przypuszczać, że u mamy Krzysia występowały głównie objawy impulsywności i nadaktywności, przeważając nad objawami nieuwagi. Zgodnie z opisanym w literaturze wzorcem zachowań rodziców z tego rodzaju postacią zaburzenia mama Krzysia miała skłonność do wysokiej oceny swoich kompetencji jako matki (Psychogiou i in., 2007; Lui i in., 2013), na dowód tego przytaczała opisy wspólnych działań z synem w przyjaznej i pełnej entuzjazmu atmosferze. Nie widziała potrzeby wprowadzania poważniejszych zmian do swojego sposobu postępowania z dzieckiem. Uważała, że wystarczy do jej prawidłowego postępowania dołożyć drobne „triki”, aby wyeliminować problemowe zachowania chłopca. Uczęszczała na wiele kursów dla rodziców w poszukiwaniu prostych rozwiązań, dających się zastosować w działaniu.

Mimo deklarowanej przez matkę akceptacji dla syna i wspólnych pełnych entuzjazmu działań Krzys był dzieckiem doświadczającym bardzo trudnych problemów. Częste podejmowanie zachowań zwracających na siebie uwagę może wskazywać na potrzebę dowartościowania siebie, a uciekanie się do kłamstw można interpretować jako wyraz silnego lęku przed brakiem akceptacji jego zachowań i odrzuceniem. Sugeruje to, że chłopiec nie czuje się bezpiecznie w relacji z matką mimo jej zapewnień, że jest on idealnym dzieckiem i świetnym partnerem. W zachowaniu mamy można znaleźć opisane jako typowe dla osób nadaktywnych działanie w niewystarczający sposób uwzględniające kontekst społeczny, w tym perspektywę partnera interakcji (Knouse i in., 2008). Nieadekwatność w ocenie siebie i sytuacji społecznej wynika z trudności w zatrzymywaniu zachowania i poddaniu refleksji wszystkich okoliczności, które powinny być wzięte pod uwagę podczas realizacji działania. Zdolność do hamowania reakcji przez rodzica, poddawania refleksji złożonych aspektów sytuacji oraz stanów psychicznych dziecka jest także niezbędnym warunkiem tworzenia adekwatnego dla rozwoju samoregulacji rusztowania. Jak było powiedziane wyżej, rodzic wspierający dziecko w wykonywaniu zadań wymagających samoregulacji musi dostrzegać sygnały wysyłane przez dziecko i dostosowywać do nich swoje zachowanie. Aby to było możliwe, potrzebna jest zdolność do dostrzegania i rozumienia stanów psychicznych własnych i dziecka, czyli zdolność do mentalizacji. Rozwój zdolności do mentalizacji był przedmiotem badań, których wyniki wskazują, że u części dzieci z ADHD zdolności te rozwijają się nieprawidłowo. Nie prowadzono badań nad zdolnościami mentalizacyjnymi u rodziców z ADHD (Woźniak-Prus, 2018), ale nie można wykluczyć, że obecne w dzieciństwie nieprawidłowości mogą przetrwać do dorosłości i oddziaływać na sposób pełnienia funkcji rodzicielskiej. Sposób, w jaki mama Krzysia mówiła o swoim synu i o sobie, skłonność do opowiadania anegdot, a unikanie refleksji nad

przeżyciami psychicznymi ich bohaterów może wskazywać, że trudności w mentalizacji jej dotyczą. Trudności te prawdopodobnie zostały przekazane Krzysiovi, który podczas zajęć terapeutycznych demonstrował ogromną niechęć do mówienia o stanach psychicznych.

Zastanawiająca jest niespójność w zachowaniach chłopca polegająca na skłonności do zachowań prospołecznych w niektórych sytuacjach, a w innych okolicznościach do zachowań agresywnych, krzywdzących innych. Wydaje się, że jedno i drugie zachowania Krzyś wykonywał impulsywnie, w sposób nieprzemyślany, schematyczny. W zależności od wywołującego zachowanie bodźca Krzyś uruchamiał albo schemat prospołecznego zachowania, albo buntu i protestu czy bezwzględnej rywalizacji. Nie potrafił elastycznie kierować swoim zachowaniem, modyfikować go, dostosowując do zmieniającej się sytuacji. Można przypuszczać, że schemat zachowań prospołecznych został utrwalony w repertuarze zachowań Krzysia w rezultacie wspólnych działań z jego mamą. Mama dostarczała mu wzorców zachowania, a okazując akceptację i tworząc pozytywny klimat emocjonalny, wzmacniała pozytywnie ten rodzaj aktywności. Jednak wspólnym działaniom nie towarzyszyła wspólna refleksja, dzięki której zachowania Krzysia mogłyby stać się bardziej elastyczne i adaptacyjne. Jednocześnie można przypuszczać, że Krzyś doświadczał wiele frustracji związanych z brakiem akceptacji i odrzuceniem tak przez rówieśników i nauczycieli w szkole, jak też rodziców w domu. Można sądzić, że nie uzyskiwał realnego wsparcia w radzeniu sobie z własnymi emocjami ze strony mamy, która nie potrafiła wczuć się w jego trudne emocje. Nagromadzone negatywne emocje ujawniał w postaci krzywdzących inne osoby zachowań, przy czym także w tych przypadkach zachowywał się bezrefleksyjnie.

Podsumowanie

Przedstawione zostały niektóre wątki z materiału klinicznego pochodzącego z pracy psychologa klinicznego z dzieckiem z ADHD i jego matką przejawiającą objawy tego zaburzenia. Z analizy materiału można wyciągnąć wnioski, że problemy psychologiczne matki miały istotny wpływ na obraz kliniczny zaburzenia dziecka. Największe znaczenie miały tu ograniczone zdolności do podejmowania refleksji nad procesami psychicznymi własnymi i dziecka, ponieważ zdolność rodzica do refleksji oraz wrażliwość na stany mentalne dziecka są niezbędne dla rozwijania zdolności samoregulacyjnych dzieci. W literaturze dotyczącej przekazu społecznego ADHD większość prac koncentruje się na zachowaniach rodziców i dzieci. Wiedza dotycząca jedynie zachowań jest zdecydowanie niewystarczająca, aby zrozumieć złożony obraz kliniczny zaburzeń dziecka i udzielić pomocy psychologicznej rodzinie (Forehand i in., 2017). Z przedstawionego materiału klinicznego wynika, że pożądanym kierunkiem dalszych badań byłaby analiza zdolności do refleksji i zdolności mentalizacyjnych u rodziców z ADHD oraz ich znaczenia w rozwoju objawów ADHD u dzieci i obrazu klinicznego tworzącego się u nich

zaburzenia. Wiedza taka miałaby duże znaczenie dla przeciwdziałania przekazowi międzypokoleniowemu zaburzenia. Potwierdzenie kluczowego znaczenia zdolności do refleksji rodzica w przekazie rodzinnym ADHD mogłoby w istotny sposób wpłynąć na poszukiwanie metod zwiększających skuteczność terapii dzieci mających rodziców z ADHD.

Literatura cytowana

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (wyd. 5). Washington, DC: Author.
- Banks, T., Ninowski, J.E., Mash, E.J., Semple, D.L. (2008). Parenting behavior and cognitions in a community sample of mothers with and without symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Child and Family Studies*, 17, 28-43.
- Bibok, M.B., Carpendale, J.I.M., Müller, U. (2009). Parental scaffolding and the development of executive function. W: C. Lewis, J.I.M. Carpendale (red.), *Social interaction and the development of executive function. New Directions in Child and Adolescent Development*, 123, 17-34.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Monuteaux, M.C. (2002). Impact of exposure to parental attention-hyperactivity disorder on clinical features and dysfunction in the offspring. *Psychological Medicine*, 32, 817-822.
- Carr, A., Pike, A. (2012). Maternal scaffolding behavior: Links with parenting style and maternal education. *Developmental Psychology*, 48 (2), 543-551.
- Chen, M., Johnston, C. (2007). Maternal inattention and impulsivity and parenting behaviors. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36 (3), 455-468.
- Chronis-Tuscano, A., Raggi, V.L., Clarke, T.L., Rooney, M.E., Diaz, Y., Pian, J. (2008). Associations between maternal attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and parenting. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 1237-1250.
- Chronis-Tuscano, A., Wang, C.H., Strickland, J., Almirall, D., Stein, M.A. (2016). Personalized treatment of mothers with ADHD and their young at-risk children: A SMART Pilot. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 45 (4), 510-521.
- Davidson, M.A. (2008). ADHD in adults. A review of the literature. *Journal of Attention Disorders*, 11 (6), 628-641.
- Faraone, S.V., Doyle, A.E. (2000). Genetic influences on attention deficit hyperactivity disorder. *Current Psychiatry Reports*, 2, 143-146.
- Faraone, S.V., Perlis, R.H., Doyle, A.E., Smoller, J.W., Goralnick, J.J., Holmgren, M.A., Sklar, P. (2005). Molecular genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry*, 57, 1313-1323.
- Forehand, R., Parent, J., Peisch, V.D., Sonuga-Barke, E., Lang, N., Breslend, N.L., Abikoff, H.B. (2017). Do parental ADHD symptoms reduce the efficacy of parent training for preschool ADHD? A secondary analysis of randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 97, 163-169.

- Hammond, S.I., Muller, U., Carpendale, J.M., Bibok, M.B., Libermann-Finestone, D.P. (2012). The effects of parental scaffolding on preschoolers' executive function. *Developmental Psychology*, 48 (1), 271-281.
- Harvey, E., Danforth, J.S., Eberhardt McKee, T., Ulaszek, W.R., Friedman, J.L. (2003). Parenting of children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): The role of parental symptomatology. *Journal of Attention Disorders*, 7 (1), 31-42.
- Jodzio, K. (2008). *Neuropsychologia intencjonalnego działania. Koncepcje funkcji wykonawczych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Johnston, C., Jassy, J.S. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional/conduct problems: Links to parent-child interactions. *Journal of Canadian Child and Adolescent Psychiatry*, 16 (2), 74-79.
- Johnston, C., Mash, E.J., Miller, N., Ninowski, J.E. (2012). Parenting in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Clinical Psychology Review*, 32, 215-228, doi: 10.1016/j.cpr.2012.01.007
- Knouse, L.E., Mitchell, J.T., Brown, L.H., Silvia, P.J., Kane, M.J., Inez Myin-Germeys, I., Kwapil, T.R. (2008). The expression of adult ADHD symptoms in daily life: An application of experience sampling methodology. *Journal of Attention Disorders*, 11 (6), 652-663.
- Lewis, C., Carpendale, J.I.M. (2009). Introduction: Links between social interaction and executive function. W: C. Lewis, J.I.M. Carpendale (red.), *Social interaction and the development of executive function. New Directions in Child and Adolescent Development*, 123, 1-15.
- Lui, J.H.L., Johnston, C., Lee, C.M. Lee-Flyn, S.C. (2013). Parental ADHD symptoms and self-reports of positive parenting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81 (6), 988-998.
- Manos, J.M. (2010). Nuances of assessment and treatment of ADHD in adults. *Professional Psychology. Research and Practice*, 41 (6), 511-517.
- Mokrowa, I., O'Brien, M., Calkins, S., Keane, S. (2010). Parental ADHD symptomatology and ineffective parenting: The connecting link of home chaos. *Parenting Science and Practice*, 10, 119-135.
- Murray, C., Johnston, C. (2006). Parenting in mother with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115 (1), 52-61.
- Patterson, G.R., DeGarmo, D.S., Knutson, N. (2000). Hyperactive and antisocial behaviors: Comorbid or two points in the same process? *Development and Psychopathology*, 12, 91-107.
- Psychogiou, L., Daley, D., Thompson, M., Sonuga-Barke, E. (2007). Testing the interactive effect of parent and child ADHD on parenting in mothers and fathers: A further test of the similarity-fit hypothesis. *British Journal of Developmental Psychology*, 25, 419-433.
- Psychogiou, L., Daley, D., Thompson, M., Sonuga-Barke, E. (2008). Do maternal attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms exacerbate or ameliorate the negative effect of child attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms on parenting? *Development and Psychopathology*, 20, 121-137.

- Roskam, I., Stievenart, M., Meunier, J.C., Noel, M.P. (2014). The development of children's inhibition: Does parenting matter. *Journal of Experimental Child Psychology*, 122, 166-182.
- Russel, B.S., Londhe, R., Britner, P.A. (2013). Parental contributions to the delay of gratification in preschool-aged children. *Journal of Child and Family Studies*, 22, 471-478.
- Schroeder, V.M., Kelley, M.L. (2009). Associations between family environment, parenting practices, and executive functioning of children with and without ADHD. *Journal of Child and Family Studies*, 18, 227-235, doi: 10.1007/s10826-008-9223-0
- Woźniak-Prus, M. (2018). Trudności w funkcjonowaniu społecznym dzieci z ADHD w świetle badań nad zdolnościami mentalizacyjnymi. W: M. Świącicka (red.) *W relacji. Studia z psychologii klinicznej dziecka 30 lat później*. Warszawa: Wydawnictwo Paradygmat.

Streszczenie. Artykuł poświęcony jest społecznym czynnikom odpowiedzialnym za rodzinny przekaz objawów ADHD. Zostały przedstawione kierunki badań nad sposobem funkcjonowania w roli rodzicielskiej osób z ADHD. Pokazano, że większość badań koncentruje się na zachowaniach rodziców z ADHD i ich dzieci, bardzo nieliczne prace dotyczą właściwości psychicznych rodziców i mechanizmów przekazu międzypokoleniowego. Przedstawiono materiał kliniczny pochodzący z pracy psychologa z dzieckiem z ADHD i jego matką prezentującą objawy tego zaburzenia. Pokazano, jak w świetle istniejącej wiedzy można wyjaśnić związek między funkcjonowaniem matki a obrazem klinicznym dziecka i jakiej wiedzy brakuje. We wnioskach sugeruje się, że dalsze badania nad zrozumieniem społecznego przekazu ADHD wymagają wniknięcia w takie zagadnienia, jak zdolność do refleksji i do mentalizacji u rodziców z ADHD i ich dzieci.

Słowa kluczowe: ADHD u dorosłych, ADHD u dzieci, rodzicielstwo, rodzinny przekaz zaburzenia

Data wpłynięcia: 8.02.2017

Data wpłynięcia po poprawkach: 15.06.2018

Data zatwierdzenia tekstu do druku: 19.06.2018