

Zaburzenia więzi i krzywdzenie dzieci jako problem towarzyszący zaburzeniu hiperkinetycznemu (ADHD) i zaburzeniom zachowania

Attachment disorder and child maltreatment as problems accompanying attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour

¹ Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie

² Oddział Psychiatrii Wieku Rozwojowego, Samodzielny Publiczny Dziecięcy Szpital Kliniczny w Warszawie

Correspondence to: Agata Brzozowska, Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego, Samodzielny Publiczny Dziecięcy Szpital Kliniczny, ul. Marszałkowska 24, 00-576 Warszawa, e-mail: brzozowska.a@interia.pl

Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Zaburzenie hiperkinetyczne (w klasyfikacji amerykańskiej DSM-IV używa się nazwy: *zespół nadpobudliwości psychoruchowej – attention-deficit/hyperactivity disorder*, ADHD) charakteryzuje stały wzór zachowania, na który składają się zaburzenia uwagi, nadmierna impulsywność oraz nadruchliwość w istotny sposób pogarszające funkcjonowanie dziecka w środowisku domowym i szkolnym. Zaburzeniu hiperkinetycznemu często towarzyszą inne zaburzenia, m.in. zaburzenia zachowania. Autorki pracy poruszają zagadnienie współwystępowania obu zaburzeń oraz patogenetyki określonych podtypów ADHD (podtypu z przewagą impulsywności i mieszanego) w kontekście zaburzeń więzi i/lub krzywdzenia dziecka. Według teorii przywiązania związek pomiędzy dzieckiem a najbliższym opiekunem kształtuje sposób, w jaki dziecko będzie później postrzegało siebie i innych. Zwrócono uwagę na zjawisko nacechowanej negatywnymi emocjami interakcji pomiędzy dzieckiem z ADHD a jego opiekunem, co zwiększa ryzyko wystąpienia krzywdzenia w związku z nadpobudliwością dziecka oraz indywidualnymi cechami opiekuna. Występująca w wielu rodzinach dzieci z ADHD przemoc fizyczna, emocjonalna oraz zaniedbanie mogą mieć również wymiar transgeneracyjny i być wyrazem wielopokoleniowych zaburzeń więzi. W literaturze podkreśla się znaczenie traumatycznych doświadczeń szeroko rozumianej przemocy dla rozwoju emocjonalnego, samokontroli oraz relacji społecznych. W niektórych przypadkach związek między doznawaniem przemocy w dzieciństwie i stosowaniem jej wobec własnych dzieci może być skutkiem zbyt słabych relacji z własnym rodzicem i zakłóceń w tworzeniu się bezpiecznego przywiązania. Autorki postulują indywidualne podejście do terapii dziecka z ADHD uwzględniające wyżej wymienione problemy dziecka i jego rodziny.

Słowa kluczowe: zespół nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD), zaburzenia współistniejące, krzywdzenie dzieci, zaburzenia więzi, zaburzenia zachowania

Summary

Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is characterized by a constant pattern of behaviour which consists of attention disorders, impulsiveness and hyperactivity significantly deteriorating the child's functioning at home and at school. ADHD is often accompanied by other disorders, e.g. disruptive behaviour. The authors of this article present and analyse the comorbidity of both disorders and pathogenesis of specific subtypes of ADHD (subtype with predominant impulsiveness and mixed subtype) in the context of disorders in attachment and/or maltreatment of the child. According to the attachment theory, the relationship between the child and the closest carer determines the way the child will later perceive itself and other people. Attention was paid to the negative emotional interactions between the child with ADHD and its carer, which increases the risk of the occurrence of maltreatment due to the child's hyperactivity and the carer's individual characteristics. A physical and emotional abuse or neglect present in many families of patients with ADHD may also have transgenerational dimension and reflect multigenerational attachment disturbances. Literature emphasizes the contribution of traumatic experiences of comprehensive violence to emotional development, self-control and social relations. In some cases the relation between violence experienced in childhood and using it towards one's own children may result from poor relations with parents and disturbances in the development of a safe attachment. The authors recommend individual approach to the therapy of the child with ADHD, taking into account the aforementioned problems of the child and its family.

Key words: attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), comorbidity, child maltreatment, attachment disorders, disruptive behaviour

Zaburzenie hiperkinetyczne (w klasyfikacji amerykańskiej DSM-IV używa się nazwy: *zespół nadpobudliwości psychoruchowej – attention-deficit/hyperactivity disorder*, ADHD) charakteryzuje stały wzór zachowania, na który składają się zaburzenia uwagi, nadmierna impulsywność oraz nadruchliwość w istotny sposób pogarszające funkcjonowanie dziecka w środowisku domowym i szkolnym. W klasyfikacji DSM-IV wyróżnia się trzy podtypy tego zaburzenia: z przewagą zaburzeń uwagi, z przewagą impulsywności oraz podtyp mieszany⁽¹⁾.

W związku z dobrze udokumentowaną rolą czynników biologicznych trudno zakładać, że sam system rodzinny powoduje powstanie tego zaburzenia⁽¹⁻³⁾.

Zaburzenia współistniejące z ADHD są raczej normą niż wyjątkiem^(1,2). Mniej więcej połowa dzieci z ADHD dodatkowo spełnia kryteria zaburzeń zachowania. Dzieci te oprócz podstawowych objawów zaburzenia hiperkinetycznego przejawiają zachowania opozycyjne i buntownicze, są agresywne, a niektóre mają konflikty z prawem. Zaburzenia zachowania nie zawsze jednak towarzyszą ADHD, mogą występować jako problem niezwiązany z tym zaburzeniem^(1,2).

Z praktyki klinicznej oraz badań wiadomo, że w rodzinach pacjentów z ADHD często występuje co najmniej jedna osoba z zaburzeniami uwagi i impulsywnością, a rodziców charakteryzuje gorsze radzenie sobie z problemami wychowawczymi, stosowanie agresywnych, wymuszających metod wychowawczych, wprowadzanie ostrej dyscypliny. W porównaniu z rodzicami dzieci, które nie są nadpobudliwe psychoruchowo, rodzice dzieci z ADHD są jednocześnie bardziej wymagający i krytyczni, mają poczucie braku rodzicielskiej kompetencji^(2,4,5).

Badania prospektywne nad czynnikami ryzyka współwystąpienia zaburzeń zachowania u dzieci z ADHD wskazują na znaczenie jakości relacji matka – dziecko i stanu zdrowia psychicznego matki. Stwierdzono, że matki dzieci z zaburzeniami zachowania w wieku przedszkolnym częściej cierpiały z powodu depresji, a ich relacja z dzieckiem była bardziej problematyczna niż matki dzieci z ADHD bez zaburzeń zachowania⁽⁶⁾. W piśmiennictwie podejmowano próbę analizy związku zachodzącego pomiędzy ADHD i/lub zaburzeniami zachowania a zjawiskiem szeroko zdefiniowanych traumatycznych przeżyć dziecka. W analizie uwzględniono maltretowanie, rzadziej przemoc fizyczną i wykorzystywanie seksualne jako odrębne czynniki. Wyniki badań Forda⁽⁷⁾ wskazują, że maltretowanie dziecka jest czynnikiem ryzyka towarzyszącym ADHD lub występujących osobno opozycyjno-buntowniczych zaburzeń zachowania (ODD). Przemoc domowa może więc wpływać na funkcjonowanie dziecka nadpobudliwego poprzez dołączanie się objawów ODD.

Krzywdzenie dziecka przez opiekunów może modyfikować przebieg zaburzenia hiperkinetycznego poprzez nakładanie się objawów zaburzenia stresowego pourazowego (PTSD). Objawy PTSD, takie jak stany wzbudzenia i trudności w koncentracji uwagi, występują również w obrazie ADHD. Stwierdzono, że u dzieci z ADHD, które były narażone na przemoc, objawy zaburzenia stresowego pourazowego (PTSD) są znacznie bardziej nasilone niż u dzieci maltretowanych z grup kontrolnych. Nie wykazano jednak, aby podstawowe objawy ADHD, takie jak nadruchliwość, zaburzenia uwagi i impulsywność, były

związane ze stosowaniem przemocy fizycznej i wykorzystywaniem seksualnym⁽⁷⁾.

Chociaż czynniki ryzyka rozwoju zaburzeń zachowania przedstawiane w literaturze odnosiły się do ogólnej populacji dzieci, można założyć, że te same czynniki stanowią ryzyko rozwoju zaburzeń zachowania u dzieci z zaburzeniem hiperkinetycznym. Jako problemy występujące powszechnie w rodzinach dzieci z rozpoznaniem zaburzeń zachowania wymienia się między innymi: brak nadzoru dziecka, konflikty w małżeństwie i rozwód rodziców, odrzucenie dziecka i stosowanie kar fizycznych⁽⁸⁾.

Rodzice dzieci z zaburzeniami zachowania mają skłonność do stosowania przymusu, którego skrajną formą jest przemoc fizyczna. W badaniach przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych na próbie 584 dzieci okazało się, że zaburzenia zachowania występowały częściej w grupie dzieci krzywdzonych niż tych, które nie doznawały przemocy w rodzinie^(9,10). Pollock na podstawie swoich badań stwierdził, że krzywdzenie przez ojca alkoholika było istotnym predyktorem antyspołecznych zaburzeń u syna⁽¹¹⁾. Do podobnych wniosków doszli Fuller i Charmarck, badając międzypokoleniową agresję i alkoholizm w rodzinach⁽¹²⁾.

Charakteryzując rodziców stosujących przemoc oraz doznające przemocy dzieci, Browne i Saqi wyróżnili następujące elementy szacowania ryzyka i potrzeby ochrony dziecka w relacji rodzic – dziecko⁽¹³⁾:

- wiedza i postawy wobec wychowywania dziecka – rodziny stosujące przemoc przejawiają odmienne nastawienie do rozwoju dziecka niż niestosujące przemocy;
- postrzeganie przez rodzica zachowania dziecka – rodzice stosujący przemoc mają bardziej negatywne zdanie na temat zachowania dzieci niż rodzice niestosujący przemocy; postrzegają swoje dziecko jako wymagające i irytujące;
- szacowanie emocji rodziców i ich reakcji na stres;
- obserwowanie zachowania i interakcji rodzic – dziecko;
- ocena przywiązania małego dziecka do rodzica;
- ocena jakości pełnienia roli rodzicielskiej – może być dokonywana w czterech wymiarach charakteryzujących sposób opiekowania się dzieckiem: wrażliwość – brak wrażliwości, akceptacja – odrzucenie, współdziałanie – ingerowanie, dostępność – ignorowanie⁽¹³⁾. Na te wymiary rzutują postawy rodzicielskie, emocje i sposób postrzegania dziecka. Wymiary te są wzajemnie powiązane i decydują o tym, na ile prawdopodobne jest odrzucenie dziecka.

Poszukując uwarunkowań agresji rodziców, badacze analizują funkcjonowanie rodziny i charakterystyki psychologiczne rodziców-sprawców. Rodzice stosujący przemoc mają nierealistyczne oczekiwania wobec zdolności własnych dzieci, ujawniają wobec nich bardzo wysokie wymagania⁽¹³⁾. Wiele przypadków przemocy wynika z bezsensownych starań rodziców, by skłonić dziecko do zachowań, które wykraczają poza aktualny etap jego rozwoju. Z badań Pattersona i wsp.⁽⁸⁾ wynika, że rodzice dzieci z zaburzeniami zachowania stosowali niekonsekwentne postawy wychowawcze, często nagradzając uwagę zachowania negatywne dzieci i nie wzmacniając zachowań pozytywnych. Crittenden⁽¹³⁾ stwierdziła, że dwa wzory interakcji: współpraca – ingerowanie oraz zaangażowanie – wycofanie się znacząco różnicują rodziny stosujące i niestosujące przemocy

wobec dzieci. Cechą wspólną sprawców przemocy jest podwyższony poziom pobudzenia w sytuacjach stresowych^(13,14). Tricett i Kuczyński⁽¹³⁾ stwierdzili, że sprawcy przemocy są zwolennikami karania, grożą dziecku, krzyczą na nie, niezależnie od typu niewłaściwego zachowania, w przeciwieństwie do rodziców nie stosujących przemocy, którzy wybierają formy dyscyplinowania zależnie od okoliczności. W przypadku rodziców, którzy sami byli ofiarami przemocy, nadużywają alkoholu lub też mają objawy ADHD, tego typu zachowania o charakterze impulsywnym są powszechne. Wielu stosujących przemoc rodziców było ofiarami przemocy w dzieciństwie^(13,15,16). Galles⁽¹³⁾ wśród warunkowań zachowań agresywnych rodziców wymienia przede wszystkim wczesne doświadczenia z okresu dzieciństwa, tj. bycie maltretowanym, odrzucenie uczuciowe przez rodziców, psychologiczne porzucenie (zaniedbanie) oraz doświadczanie kar fizycznych. Zakłada, że wczesne traumatyczne doświadczenia bycia maltretowanym wywołują silne stresy, które z kolei wpływają na kształtowanie się stanów psychopatycznych, a te dalej prowadzą do maltretowania w kolejnym pokoleniu własnych dzieci. Również R. i H. Kempe⁽¹³⁾ twierdzą, że najistotniejszą wspólną cechą w najbardziej agresywnych rodzinach jest powtarzanie z jednej generacji na drugą brutalnej przemocy, zaniedbywanie dziecka oraz utrata rodzicielskiej kontroli. Są oni przekonani, że przemoc fizyczna i zaniedbywanie współwystępuje z przemocą psychiczną czy werbalną. W niektórych przypadkach związek między doznawaniem przemocy w dzieciństwie i stosowaniem jej wobec własnych dzieci jest skutkiem zbyt słabych relacji z własnym rodzicem i zakłóceń w tworzeniu się „bezpiecznego przywiązania” (z ang. *secure attachment*)⁽¹³⁾. Browne i Saqi⁽¹³⁾ wykazali, że niepewne przywiązanie dotyczy większości, bo aż 70% maltretowanych dzieci, natomiast pozostałych 30% było ufnie przywiązanych do opiekuna. Autorzy⁽¹³⁾ sugerują, że nawet w przypadku dzieci doznających przemocy kompensacyjny wpływ czynników środowiskowych może zwiększyć prawdopodobieństwo bezpiecznego przywiązania. Rodziców stosujących przemoc określa się jako negatywnych i kontrolujących, ujawniających mniej prospołecznych zachowań⁽¹⁴⁾, co w efekcie może ukształtować takie przywiązanie dziecka do opiekuna, w którym nie ma poczucia bezpieczeństwa. Badania te nie wyjaśniają jednak, w jaki sposób kształtowała się więź dziecka z rodzicem w okresie wczesnodziecięcym.

Według teorii przywiązania związek pomiędzy dzieckiem a najbliższym opiekunem polega na dostarczeniu bezpiecznej przestrzeni psychicznej, tzw. „bezpiecznej bazy”, która pozwala dziecku na odejście i eksplorację świata oraz powrót do opiekunów w sytuacji dyskomfortu. Kształtuje on sposób, w jaki dziecko będzie postrzegać siebie i innych. Doświadczając ukojenia w lęku i smutku, dziecko uczy się regulować swoje emocje, wytwarza się tzw. bezpieczny wzorzec przywiązania⁽¹⁷⁾. Opiekun poprzez uspokajanie dziecka moduluje pobudzenie niemowlęcia. Istnieje hipoteza, że deficyty w tym zakresie mogą zakłócać kształtowanie samokontroli. Ujawniają się one później, kiedy dziecko powinno już przejawiać tę umiejętność, a ich oznaką bywa agresja lub nadpobudliwość^(3,18). Badania przywiązania u małych dzieci i dzieci w wieku przedszkolnym wskazują, że ufny, dający poczucie bezpieczeństwa wzorzec więzi z mat-

ką (typ B wg Ainsworth)⁽¹¹⁾ jest czynnikiem zmniejszającym ryzyko zaburzeń psychicznych⁽¹⁹⁾. Uważa się, że pozostałe wzorce: A, C i D wynikające z odrzucania przez matkę poczucia bliskości z dzieckiem (typ A), wahań zakresu zaspokajania potrzeb dziecka (typ C), maltretowania lub zaniedbywania dziecka przez np. depresyjną matkę (typ D), mogą mieć negatywny wpływ na zdrowie psychiczne dziecka, ale zakres i charakter tego wpływu nie został jeszcze dokładnie zbadany. Zaobserwowano jednak, że u dzieci w wieku przedszkolnym wzorzec C przejawia się w dążeniu do osiągnięcia kontroli nad zachowaniem opiekuna przez złość, groźby lub nieśmiałość⁽¹⁹⁾.

Wywiady rozwojowe z matkami dzieci z ADHD dostarczają często informacji świadczących o występowaniu objawów nadpobudliwości we wczesnym dzieciństwie przejawiających się nadmiernym pobudzeniem, płaczem, problemami ze snem. Zachowanie dziecka było postrzegane jako uciążliwe, a matki czuły się bezradne i niekompetentne. Analizując te problemy w kontekście teorii przywiązania Johna Bowlby'ego⁽¹⁷⁾, łatwo dostrzec, że obie strony relacji mogły czuć się sfrustrowane, a matka zamiast uspokajać dziecko mogła przeżywać bezradność, lęk, złość i zniechęcenie. Proces kształtowania więzi pomiędzy nadpobudliwym niemowcem a jego matką jest zjawiskiem cyrkularnym z wzajemnym wzbudzeniem się dziecka i matki. Podstawowe objawy zaburzenia hiperkinetycznego, takie jak duża ruchliwość dziecka, impulsywność, zaburzenia uwagi, mogą stać się czynnikiem ryzyka zaburzeń przywiązania. Z kolei rodzice dziecka nadpobudliwego psychoruchowo, niekiedy sami cierpiący z powodu przetrwałych objawów ADHD, mogą mieć trudności z nawiązaniem z dzieckiem więzi zapewniającej mu poczucie bezpieczeństwa. Jak wskazują badania, rodzice ci są predysponowani do stosowania niewłaściwych, impulsywnych metod wychowawczych, w tym również do stosowania przemocy^(4,8,10).

Powszechnie używana definicja krzywdzenia dzieci poza przemocą fizyczną i wykorzystywaniem seksualnym obejmuje też krzywdzenie emocjonalne⁽²⁰⁾. Zjawisko krzywdzenia emocjonalnego dzieci z ADHD i jego związki z tym zaburzeniem jak dotąd nie były przedmiotem szczegółowych badań.

Wiadomo, że różne formy emocjonalnego krzywdzenia dzieci przez rodziców negatywnie wpływają na rozwój emocjonalny dziecka, będąc między innymi przyczyną takich problemów, jak wycofanie emocjonalne i społeczne, zachowania agresywne, trudności szkolne, obniżona samoocena, depresja, PTSD⁽²⁰⁾. Badając różne rodzaje przemocy, Ney⁽²¹⁾ stwierdził, że przemoc słowna bardziej niż inne rodzaje przemocy wpływa na zmianę obrazu siebie i świata u badanych dzieci. Przemoc słowna wywołuje u dzieci objawy lęku przed porzuceniem, zaburzenia nastroju, trudności w tworzeniu i utrzymywaniu relacji, poczucie winy oraz zachowania autodestrukcyjne.

Należy podkreślić, że krzywdzenie emocjonalne to względnie trwałe wzorce interakcji dziecka z jego opiekunami, a nie pojedyncze zdarzenia. Dzieci nadpobudliwe psychoruchowo, zwłaszcza te, u których nie zdiagnozowano zaburzenia hiperkinetycznego i których otoczenie nie rozumie istoty zaburzenia, są często krytykowane, zawstydzane, karane, doświadczają odrzucenia, wrogości, a stawiane im wymagania przekraczają ich

możliwości. Zakładając, że opisane powyżej problemy dotyczą relacji głównego opiekuna i dziecka, należy stwierdzić, że tak opisane zjawisko krzywdzenia emocjonalnego w znacznym zakresie odzwierciedla problem zaburzeń więzi i stanowi próbę określenia, jakie formy relacji dziecka z głównym opiekunem mogą zakłócać jego rozwój psychospołeczny.

Glaser⁽²⁰⁾ podkreśla, że odrzucenie dziecka wynika też z doświadczeń rodziców i wskazuje na konieczność terapii więzi opiekunów, którzy byli w dzieciństwie niekochani i odrzuceni, co powoduje u nich trudności z odczuwaniem i okazywaniem miłości w stosunku do własnego dziecka.

Badania Finziego-Dottana i wsp. poruszają zagadnienie relacji pomiędzy ADHD, temperamentem dziecka, stylami rodzicielskimi a wzorcem przywiązania⁽⁵⁾. Wskazują one na występowanie nieprawidłowych wzorców przywiązania u dzieci z mieszanym lub z przewagą impulsywności/nadruchliwości podtypem ADHD, ale nie u dzieci z ADHD z dominującymi zaburzeniami uwagi⁽⁵⁾. Style rodzicielskie promujące autonomię u dzieci z ADHD cechujących się wysokim poziomem emocjonalności wiązały się z lękowym wzorcem przywiązania, natomiast ograniczanie autonomii dzieci z ADHD temperamentalnie aktywnych miało związek z unikającym wzorcem przywiązania. Autorzy zwrócili uwagę, że prezentowane w stosunku do dzieci z ADHD style wychowawcze powinny uwzględniać temperamentalne cechy dziecka, np. emocjonalność, aktywność motoryczną. W odniesieniu do stylu promującego autonomię u „emocjonalnych” dzieci nadpobudliwych pozwolili sobie na przypuszczenie, iż w tym wypadku mogło dojść do zaniedbania przez rodziców⁽⁵⁾.

Badania Pinto i wsp.⁽³⁾ wstępnie zanegowały związek zachodzący pomiędzy zdeorganizowanym wzorcem więzi we wczesnym dzieciństwie a pełnoobjawowymi przypadkami ADHD w wieku szkolnym. Autorzy zauważyli jednak, że przypadki subklinicznego ADHD (z objawami zgłaszanymi głównie przez nauczycieli) korelowały ze zdeorganizowanym wzorcem więzi w okresie wczesnodziecięcym. Autorzy podkreślali, że ze względu na ograniczenia badawcze wnioski płynące z ich badań są prowizoryczne, a zagadnienie wymaga dalszych badań.

Jakość relacji rodzic – dziecko jest przedmiotem niektórych form terapii dla dzieci z zachowaniami opozycyjnymi. Nawiązują one do teorii przywiązania, wskazując na potrzebę modyfikacji wzorca więzi⁽²²⁾.

Badania nad dziećmi z ADHD i zaburzeniami zachowania wskazują na złożoność problemów tych dzieci i potrzebę badania w kierunku zaburzeń więzi. Uwzględnienie opisywanych wyżej czynników może przyczynić się do stworzenia bardziej zindywidualizowanych standardów terapii dzieci z ADHD ze współlistniejącymi formami krzywdzenia i towarzyszącymi zaburzeniami więzi.

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Kutcher S., Aman M., Brooks S.J. i wsp.: International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): clinical implications and treatment practice suggestions. *Eur. Neuropsychopharmacol.* 2004; 14: 11-28.
2. Anastopoulos A.D., Farley S.E.: Program treningu poznawczo-behavioralnego dla rodziców dzieci z zespołem nadpobudliwości ruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi. W: Kazdin A.E., Weisz J.R. (red.): *Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006: 210-228.
3. Pinto C., Turton P., Hughes P. i wsp.: ADHD and infant disorganized attachment: a prospective study of children next-born after stillbirth. *J. Atten. Disord.* 2006; 10: 83-91.
4. Błażno M., Szymańska U., Kołakowski A., Pisula A.: Karanie fizyczne dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej przez ich rodziców. *Psychiatr. Pol.* 2006; 40: 43-55.
5. Finzi-Dottan R., Manor I., Tyano S.: ADHD, temperament, and parental style as predictors of the child's attachment patterns. *Child Psychiatry Hum. Dev.* 2006; 37: 103-114.
6. Chronis A.M., Lahey B.B., Pelham W.E. Jr i wsp.: Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Dev. Psychol.* 2007; 43: 70-82.
7. Ford J.D., Racusin R., Ellis C.G. i wsp.: Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders. *Child Maltreat.* 2000; 5: 205-217.
8. Kendall P.C.: Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004: 63-77.
9. Ritter J., Stewart M., Bernet C. i wsp.: Effects of childhood exposure to familial alcoholism and family violence on adolescent substance use, conduct problems, and self-esteem. *J. Trauma. Stress* 2002; 15: 113-122.
10. Fergusson D.M., Harwood L.J.: Exposure to interparental violence in childhood and psychosocial adjustment in young adulthood. *Child Abuse Negl.* 1998; 22: 339-357.
11. Ainsworth M.D.S., Blehar M.C., Waters E., Wall S.: *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ 1978.
12. Fuller B.E., Chermack S.T., Cruise K.A. i wsp.: Predictors of aggression across three generations among sons of alcoholics: relationships involving grandparental and parental alcoholism, child aggression, marital aggression and parenting practices. *J. Stud. Alcohol* 2003; 64: 472-483.
13. Nikodemka S.: *Przemoc wobec dzieci – przegląd badań*. Niebieska Linia 2000; (4).
14. Wolfe D.A.: Child abuse prevention: blending research and practice. *Child Abuse Review* 1993; 2: 153-165.
15. Schwartz J.P., Hage S.M., Bush I., Burns L.K.: Unhealthy parenting and potential mediators as contributing factors to future intimate violence: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse* 2006; 7: 206-221.
16. Jaffee S.R., Belsky J., Harrington H. i wsp.: When parents have a history of conduct disorder: how is the caregiving environment affected? *J. Abnorm. Psychol.* 2006; 115: 309-319.
17. Schier K.: *Johna Bowlby'ego teoria przywiązania i psychoanalizy – historia rodzinna?* W: Józefik B., Iniewicz G. (red.): *Koncepcja przywiązania. Od teorii do praktyki klinicznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008: 35-51.
18. Glaser D.: *Krzywdzenie i zaniedbywanie dzieci a funkcjonowanie mózgu – przegląd badań. Dziecko Krzywdzone. Teoria, Badania, Praktyka* 2006; (14): 6-48.
19. Pisula E.: *Badania przywiązania. Badania nad zachowaniem dzieci o zaburzonem rozwoju, znajdujących się w obcej sytuacji*. W: *Autyzm i przywiązanie. Studia nad interakcjami dzie-*

- ci z autyzmem i ich matek. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2003: 35-45.
20. Glaser D.: Podstawy teoretyczne i pojęciowe dotyczące krzywdzenia (znęcania się psychicznego) i zaniedbywania emocjonalnego dzieci. Dziecko Krzywdzone. Teoria, Badania, Praktyka 2003; (4): 7-23.
21. Ney P.G.: Does verbal abuse leave deeper scars: a study of children and parents. Can. J. Psychiatry 1987; 32: 371-378.
22. Brinkmayer M.Y., Eyberg S.M.: Terapia interakcji rodzic – dziecko dla dzieci z zachowaniami opozycyjnymi. W: Kazdin A.E., Weisz J.R. (red.): Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006: 229-252.



Bezpłatne warsztaty dla psychiatrów i neurologów dziecięcych – każdy uczestnik otrzyma 3 punkty edukacyjne!

Wydawnictwo Forum, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu oraz Katedra i Klinika Neurologii Wieków Rozwojowych UM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu serdecznie zapraszają na bezpłatne warsztaty dla psychiatrów i neurologów poświęcone tematyce ADHD. Decyduje kolejność zgłoszeń, więc zapisz się już dziś!

Warsztaty odbędą się w następujących terminach:

30.03.2012 r. – Warszawa – Hotel Holiday Inn, ul. Złota 48/54

20.04.2012 r. – Szczecin – Hotel Radisson Blu, pl. Rodła 10

27.04.2012 r. – Poznań – Hotel Mercure, ul. Roosevelta 20

Zagadnienia poruszane podczas warsztatów:

- Czy objawy nadpobudliwości psychoruchowej i zaburzenia koncentracji uwagi mogą towarzyszyć innym, tzw. neurologicznym, zespołom chorobowym u dzieci i młodzieży?
- Czego należy obawiać się podczas leczenia współistniejących chorób?
- Jakie jest rokowanie w przypadku współistnienia różnych, tzw. neurologicznych zespołów chorobowych?
- Rozwój procesów poznawczych u dziecka
- Co może być przyczyną deficytu uwagi i nadruchliwości u dzieci?
- Jakie są objawy demonstrujące się zachowaniem i od czego zależy ich obraz i nasilenie? Jak możemy pomóc? Ogólne zasady postępowania w domu, w szkole. Dlaczego często konieczna jest pomoc farmakologiczna? Kto może udzielić pomocy?
- Współpraca specjalisty z psychologami, szkołą, kuratorium, policją
- Zagrożenia wynikające z nieleczzonego ADHD

Wykładowcy:

- Prof. Barbara Steinborn
- Prof. Andrzej Rajewski
- Prof. Adam Alfred

Więcej informacji:

https://www.centrumkompetencji.pl/warsztaty_adhd.html