

Funkcjonowanie rodzin nastolatków z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej i opozycyjno-buntowniczymi zaburzeniami zachowania

The functioning of families of teens with attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder

Anna Kaźmierczak-Mytkowska, Kamil Dante Lucci,
Agnieszka Butwicka, Tomasz Wolańczyk, Anita Bryńska

Warszawski Uniwersytet Medyczny, Klinika Psychiatrii Wieków Rozwojowego

Summary

Aim. Comparison of the functioning of families of teens (13–16 years) with the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) or ADHD and oppositional defiant disorder (ODD).

Material and method. Assessment using *the Family Assessment Questionnaire* in three groups of adolescents growing up in biological families: (1) ADHD/ODD group ($n = 40$), (2) ADHD group ($n = 40$) and (3) group C (control group) adolescents ($n = 40$) who have not used psychological or psychiatric care in the past or at present.

Results. Mothers, fathers and adolescents from the ADHD/ODD group scored significantly lower in all important aspects of family functioning compared to the control group. In the ADHD group, less favorable mother's and father's assessment was shown for all areas of family functioning compared with the control group. Adolescents' assessment in the dimension of "Role performance", "Emotionality", "Affective involvement", and "Control" was also lower. The ADHD/ODD group participants and their parents rated the functioning of the family lower compared with the ADHD group: mothers – in all described areas, teenagers – in most of the described areas except the dimension of "Control", and fathers – in most areas except the dimension of "Emotionality".

Conclusions. The functioning of families of patients with ADHD and ODD, and families of patients with ADHD significantly differs in all or most of the examined dimensions compared with families of people without diagnosis, while the functioning of families of patients with ADHD and oppositional defiant patients can be described as more abnormal than that of families of ADHD patients.

Słowa kluczowe: ADHD, opozycyjno-buntownicze zaburzenia zachowania, funkcjonowanie rodziny

Key words: ADHD, oppositional defiant disorder, family functioning

Wprowadzenie

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej i zaburzeń koncentracji uwagi (*Attention Deficit/Hyperactivity Disorder* – ADHD) [1] jest jednym z najbardziej rozpowszechnionych zaburzeń w populacji dzieci we wczesnym wieku szkolnym [2, 3], a jego objawy utrzymują się w okresie adolescencji i u ponad 60% osób w wieku dorosłym [4]. Badania wskazują, że około 70% pacjentów z ADHD spełnia kryteria diagnostyczne dla innych zaburzeń [5], przy czym najczęstsze powikłanie stanowią opozycyjno-buntownicze zaburzenia zachowania, obecne aż u 50–70% pacjentów [6]. Istotny problem, ze względu na jego negatywne konsekwencje, stanowią także poważne zaburzenia zachowania.

W wielu badaniach mówi się o wpływie funkcjonowania rodziny, w tym niewłaściwych strategii wychowawczych, na proces kształtowania się zachowań opozycyjnych i antyspołecznych [7]. Zasadnicze znaczenie mają problemy w zakresie okazywania bliskości, brak pozytywnego zaangażowania, niespójne i agresywne oddziaływania dyscyplinujące oraz brak umiejętności radzenia sobie z objawami ADHD [8, 9]. Podkreśla się także rolę ograniczonej komunikacji i słabego wsparcia ze strony rodziców oraz niskiej empatii [7, 10, 11]. Wykazano, że rodzice dzieci z ADHD są bardziej wymagający niż rodzice dzieci zdrowych [7], przy czym jednocześnie mają oni mniejsze poczucie odpowiedzialności za zachowania własnych dzieci. Matki dzieci z ADHD więcej uwagi poświęcają negatywnym cechom dziecka, jego dyscyplinowaniu i wprowadzaniu zakazów, są mniej wrażliwe i uważne na aktualne potrzeby dziecka [12]. Z kolei Chang i wsp. [13] oraz Scholtens i wsp. [14] podkreślają znaczenie małego zaangażowania ojców w relacje z dziećmi z ADHD, postawy nadopiekuńczości oraz słabej komunikacji z dziećmi jako czynników zwiększających prawdopodobieństwo pojawienia się objawów zaburzeń eksternalizacyjnych.

Czynnikiem zwiększającym ryzyko rozwoju zaburzeń zachowania są także konsekwencje objawów ADHD dla funkcjonowania rodziny. Przewlekłość objawów w zderzeniu z koniecznością podejmowania licznych, często nieskutecznych oddziaływań prowadzi do poczucia mniejszej skuteczności w kwestiach wychowawczych i mniejszej satysfakcji z rodzicielstwa [15]. Najsilniejszym źródłem stresu dla rodzin dzieci z ADHD są skutki objawów osiowych i deficytów poznawczych, które wymuszają większą liczbę interwencji rodzicielskich, podejmowanych w celu poprawy efektywności działań dziecka. Badacze wiążą z tym większą ekspresję emocjonalną w rodzinach oraz nieskuteczną i często sprzeczną komunikację [16].

Za czynniki chroniące przed pojawieniem się powikłań u osób z ADHD uznaje się konstruktywne metody wychowawcze, oparte na bliskości, zaangażowaniu, ale także adekwatnym nadzorze rodzicielskim [17]. Do skutecznych i pozytywnych metod wychowawczych zaliczane są: jednoznaczne komunikowanie się, stawianie właściwych dla wieku ograniczeń, spójne i stałe monitorowanie funkcjonowania dziecka, właściwe konsekwencje i wspierająca relacja rodzic–dziecko [18, 19]. Za czynnik ochronny prowadzący do lepszego rozwoju empatii uznawana jest też dobra relacja emocjonalna z matką, która adekwatnie odpowiada na komunikaty dziecka [20, 21].

Powyższe obserwacje uzasadniają kontynuowanie badań nad oceną funkcjonowania rodzin dzieci i młodzieży z ADHD, w tym ze współwystępującymi opozycyjno-buntowniczymi zaburzeniami zachowania.

Cel

Ocena funkcjonowania rodzin nastolatków z rozpoznaniem ADHD, rozpoznaniem ADHD i zaburzeń zachowania oraz bez diagnozy psychiatrycznej.

Material

W badaniu uczestniczyli pacjenci z rozpoznaniem zespołu nadpobudliwości psychoruchowej według DSM-IV-TR [22] (*Attention Deficit/Hyperactivity Disorder* – ADHD), ze współwystępującymi opozycyjno-buntowniczymi zaburzeniami zachowania lub bez współwystępujących opozycyjno-buntowniczych zaburzeń zachowania (*Oppositional Defiant Disorder* – ODD), hospitalizowani na oddziale psychiatrii dla dzieci i młodzieży lub pozostający w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej, oraz ich rodzice. Utworzono dwie grupy eksperymentalne: (1) Grupa ADHD/ODD – osoby z rozpoznaniem ADHD z towarzyszącymi opozycyjno-buntowniczymi zaburzeniami zachowania ($n = 33$ chłopców, 82,5% i $n = 7$ dziewcząt, 17,5%; średni wiek $14,9 \pm 1,2$ roku), oraz (2) Grupa ADHD – osoby z rozpoznaniem ADHD ($n = 34$ chłopców, 85,0% i $n = 6$ dziewcząt, 15,0%; średni wiek $13,9 \pm 1,1$ roku). Kryterium włączenia do obu grup, oprócz wyrażenia zgody na udział w badaniu przez pacjenta i jego rodziców, było wychowywanie się w rodzinie biologicznej. Kryterium wyłączenia stanowiło wychowywanie się w rodzinie adopcyjnej lub zastępczej, obecność innych diagnoz psychiatrycznych, w tym całościowych zaburzeń rozwoju, zaburzeń psychotycznych, choroby afektywnej dwubiegunowej, upośledzenia umysłowego, innych niż ODD zaburzeń zachowania oraz wcześniejszy udział w terapii rodzinnej. Grupę kontrolną (Kontrola) tworzyli uczniowie gimnazjów (warszawskich i podwarszawskiego). Doboru dokonano na podstawie kryteriów wieku i płci ($n = 33$ chłopców, 82,5% i $n = 7$ dziewcząt, 17,5%; średni wiek $14,5 \pm 1,3$ roku). Kryterium włączenia do grupy kontrolnej, oprócz wyrażenia zgody na udział w badaniu, było wychowywanie się w rodzinie biologicznej oraz niekorzystanie kiedykolwiek z opieki psychologicznej, psychiatrycznej i psychoterapeutycznej. Kryterium wyłączenia stanowiło wychowywanie się w rodzinie adopcyjnej lub zastępczej.

Metoda

Osoby badane zostały poddane ocenie kwestionariuszowej za pomocą *Kwestionariusza do Oceny Rodziny* (KOR). Jest to narzędzie do diagnozy rodziny, które opiera się na modelu procesu funkcjonowania rodziny Skinnera [23] i jest polską adaptacją niemieckojęzycznej wersji kwestionariusza *Family Assessment Measure* [24–26]. Badanie przeznaczone jest dla osób, które wspólnie mieszkają i funkcjonują w obrębie rodziny nuklearnej (dwóch sąsiadujących pokoleń). Narzędzie umożliwia opis

dynamicznych interakcji zachodzących w systemie rodzinnym i składa się z trzech części: *Kwestionariusza Rodzinnego* (KOR-R), który pozwala na ocenę rodziny jako całości (40 stwierdzeń), *Kwestionariusza Relacji Diadycznych* (KRD/KOR), opisującego relacje z innymi osobami w rodzinie (28 stwierdzeń), oraz *Kwestionariusza Samooceny* (KOR-S), służącego do oceny własnego funkcjonowania w rodzinie (28 stwierdzeń). Osoba badana ocenia prawdziwość stwierdzeń w 4-stopniowej skali Likerta: „zgadza się dokładnie”, „zgadza się częściowo”, „raczej się nie zgadza”, „zupełnie się nie zgadza”. Zero oznacza stan pożądany, natomiast 3 stan niepożądany z punktu widzenia relacji. Narzędzie umożliwia ocenę ról społecznych pełnionych w rodzinie w siedmiu obszarach funkcjonowania, takich jak: „Wypełnianie zadań”, „Pełnienie ról”, „Komunikacja”, „Emocjonalność”, „Afektywne nawiązywanie relacji (zaangażowanie uczuciowe)”, „Kontrola” oraz „Wartości i normy”. Wynik ogólny jest sumą wyników z siedmiu skal. Dodatkowo kwestionariusz KOR-R posiada dwie skale kontrolne: (1) oczekiwania społeczne – badającą skłonność do spełniania oczekiwań społecznych i (2) obrony – oceniającą tendencje do przedstawiania lepszego wizerunku. Polska wersja kwestionariusza charakteryzuje się satysfakcjonującą rzetelnością [25, 26]. W badaniu własnym wykorzystano *Kwestionariusz Relacji Diadycznych*, wypełniany osobno przez oboje rodziców w odniesieniu do relacji z dzieckiem, oraz *Kwestionariusz Samooceny* (KOR-S) wypełniany przez dziecko. Wyniki powyżej 1,5 w skali 0–3 były traktowane jako wysokie i świadczące o dysfunkcji rodziny w danym wymiarze.

Zastosowane metody statystyczne

Zmienne nominalne przedstawiono jako procenty, do opisu zmiennych ciągłych użyto średnich i odchyłeń standardowych. Normalność rozkładu weryfikowano testem *W* Shapiro–Wilka, przyjmując poziom $p < 0,05$ jako świadczący o istotnym odchyleniu od normalności. Zmienne o rozkładzie innym od normalnego poddano transformacji logarytmicznej. Założenie jednorodności wariancji sprawdzano testem Levene’a. W modelu 1 do porównań zmiennych ciągłych wykorzystano analizę wariancji (ANOVA) z testem *post hoc* Tukeya. W razie wystąpienia zmiennych zakłócających stosowano analizę regresji z jakościowymi zmiennymi niezależnymi, analizę kowariancji lub model różnych nachyleń (model 2). Założenie o równoległości linii regresji weryfikowano z użyciem statystyki *F*. Przy istotnych naruszeniach założeń w dalszej analizie stosowano model różnych nachyleń. Do opisu skorygowanych zmiennych użyto średniej i 95% przedziału ufności (95% CI). Analizę przeprowadzono za pomocą programu STATISTICA 10.0 PL (numer licencji AGA201C942911AR-T).

Procedura badania została zaakceptowana przez Komisję Bioetyczną Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (KB/256/2012).

Wyniki

Kwestionariusz Relacji Diadczych (KRD/KOR) – ocena z perspektywy matki

W grupie ADHD/ODD i w grupie ADHD uzyskano istotnie wyższe wyniki w porównaniu z grupą kontrolną ($p < 0,001$) oraz w grupie ADHD/ODD w porównaniu z grupą ADHD ($p < 0,001$) dla wymiarów: „Wypełnianie zadań”, „Pełnienie ról” i „Komunikacja”. Ponadto w wymiarze „Emocjonalność” uzyskano istotnie wyższe wyniki w grupie ADHD/ODD w stosunku do grupy ADHD ($p < 0,05$) oraz grupy kontrolnej ($p < 0,001$) oraz w grupie ADHD w odniesieniu do grupy kontrolnej ($p < 0,05$). W wymiarze „Afektywne nawiązywanie relacji” uzyskano istotnie wyższe wyniki w grupie ADHD/ODD w stosunku do grupy ADHD ($p < 0,01$) oraz grupy kontrolnej ($p < 0,001$), jak również istotnie wyższe wyniki w grupie ADHD w odniesieniu do grupy kontrolnej ($p < 0,05$). W wymiarze „Kontrola” uzyskano istotnie wyższe wyniki w grupie ADHD/ODD w stosunku do grupy ADHD ($p < 0,001$) oraz grupy kontrolnej ($p < 0,001$), jak również istotnie wyższe wyniki w grupie ADHD w odniesieniu do grupy kontrolnej ($p < 0,001$). W wymiarze „Wartości i normy” uzyskano istotnie wyższe wyniki w grupie ADHD/ODD w stosunku do grupy ADHD ($p < 0,05$) oraz grupy kontrolnej ($p < 0,001$), jak również istotnie wyższe wyniki w grupie ADHD w odniesieniu do grupy kontrolnej ($p < 0,05$). W tabeli 1 przedstawiono dane liczbowe.

Tabela 1. Wyniki badania Kwestionariuszem Relacji Diadczych (KRD/KOR) – ocena z perspektywy matki

	ADHD/ODD	ADHD	Kontrola	ADHD/ODD vs. ADHD	ADHD/ODD vs. Kontrola	ADHD vs. Kontrola
KRD/KOR ocena matki	Śr. skorygowana (95% CI)	Śr. skorygowana (95% CI)	Śr. skorygowana (95% CI)	p	p	p
Wypełnianie zadań	8,4 (7,8–9,0)	6,4 (5,7–7,0)	4,6 (4,3–5,6)	0,00	0,00	0,00
Pełnienie ról	8,5 (7,7–9,2)	7,1 (6,3–7,8)	4,1 (3,3–4,8)	0,03	0,00	0,00
Komunikacja	7,2 (6,5–7,9)	5,2 (4,5–5,9)	2,2 (1,5–2,8)	0,00	0,00	0,00
Emocjonalność	5,1 (4,3–5,8)	3,7 (2,9–4,4)	2,2 (1,5–2,9)	0,01	0,00	0,01
Afektywne nawiązywanie relacji	5,3 (4,5–6,0)	2,8 (2,0–3,5)	1,4 (0,6–2,1)	0,00	0,00	0,02
Kontrola	6,4 (5,7–7,2)	4,3 (3,5–5,1)	1,8 (1,0–2,5)	0,00	0,00	0,00
Wartości i normy	7,4 (6,6–8,1)	5,6 (4,9–6,3)	3,9 (3,2–4,6)	0,00	0,00	0,00

Na podstawie opracowań badań polskich dotyczących *Kwestionariusza Oceny Rodziny* [25, 26] uzyskane wyniki podzielono na wyniki niskie (korzystniejsze z punktu widzenia wypełniania przez rodzinę jej ważnych funkcji) i wysokie (powyżej wartości 1,5 w skali 0–3, opisujące gorsze funkcjonowanie z punktu widzenia wypełniania zadań rodziny) (tab. 2).

Tabela 2. Liczbowy rozkład wyników wysokich oraz wyników niskich w KRDK/KOR – ocena z perspektywy matki

KRD/KOR ocena matki	WYNIKI	ADHD/ ODD n	ADHD n	Kontrola n
Wypełnianie zadań	wysokie	23	12	17
	niskie	17	28	23
Pełnienie ról	wysokie	24	12	15
	niskie	16	28	25
Komunikacja	wysokie	13	5	19
	niskie	27	35	21
Emocjonalność	wysokie	15	8	6
	niskie	25	32	34
Afektywne nawiązywanie relacji	wysokie	19	3	0
	niskie	21	37	40
Kontrola	wysokie	22	17	16
	niskie	18	23	24
Wartości i normy	wysokie	27	9	9
	niskie	13	31	31

Kwestionariusz Relacji Diadczych (KRDK/KOR) – ocena z perspektywy ojca

W grupie ADHD/ODD i w grupie ADHD uzyskano istotnie wyższe wyniki w porównaniu z grupą kontrolną ($p < 0,001$) oraz w grupie ADHD/ODD w odniesieniu do grupy ADHD ($p < 0,001$, $p < 0,01$ oraz $p < 0,02$) dla wymiarów: „Wypełnianie zadań”, „Pełnienie ról” oraz „Komunikacja”. Ponadto w wymiarze „Emocjonalność” uzyskano istotnie wyższe wyniki w grupie ADHD/ODD w stosunku do grupy kontrolnej ($p < 0,001$), jak również istotnie wyższe wyniki w grupie ADHD w odniesieniu do grupy kontrolnej ($p < 0,004$); nie stwierdzono istotnych różnic między grupą ADHD/ODD oraz grupą ADHD. W wymiarze „Afektywne nawiązywanie relacji” uzyskano istotnie wyższe wyniki w grupie ADHD/ODD w stosunku do grupy ADHD ($p < 0,05$) oraz grupy kontrolnej ($p < 0,001$), jak również istotnie wyższe wyniki w grupie ADHD w odniesieniu do grupy kontrolnej ($p < 0,001$). W wymiarze „Kontrola” uzyskano istotnie wyższe wyniki w grupie ADHD/ODD w stosunku do grupy ADHD ($p < 0,02$) oraz grupy kontrolnej ($p < 0,001$), jak również istotnie wyższe wyniki w grupie ADHD w odniesieniu do grupy kontrolnej ($p < 0,01$). W wymiarze „Wartości i normy” uzyskano istotnie wyższe wyniki w grupie ADHD/ODD w stosunku do grupy ADHD ($p < 0,05$) oraz grupy kontrolnej ($p < 0,001$), jak również istotnie wyższe wyniki w grupie ADHD w odniesieniu do grupy kontrolnej ($p < 0,001$). W tabeli 3 przedstawiono dane liczbowe.

Tabela 3. Wyniki badania Kwestionariuszem Relacji Diadczych (KRD/KOR) – ocena z perspektywy ojca

	ADHD/ODD	ADHD	Kontrola	ADHD/ ODD vs. ADHD	ADHD/ODD vs. Kontrola	ADHD vs. Kontrola
KRD/KOR ocena ojca	Śr. skorygowana (95% CI)	Śr. skorygowana (95% CI)	Śr. skorygowana (95% CI)	p	p	p
Wypełnianie zadań	8,7 (8,0–9,4)	7,0 (6,3–7,7)	5,2 (4,5–5,9)	0,00	0,00	0,00
Pełnienie ról	8,5 (7,7–9,2)	6,6 (5,8–7,4)	4,3 (3,5–5,1)	0,00	0,00	0,00
Komunikacja	7,6 (6,8–8,3)	6,1 (5,3–6,8)	3,2 (2,5–3,9)	0,01	0,00	0,00
Emocjonalność	6,1 (5,3–6,9)	5,0 (4,2–5,8)	3,1 (2,3–3,9)	0,11	0,00	0,00
Afektywne nawiązywanie relacji	6,1 (5,2–7,0)	4,4 (3,5–5,3)	1,9 (1,0–2,8)	0,01	0,00	0,00
Kontrola	6,6 (5,8–7,4)	5,0 (4,2–5,8)	3,1 (2,3–3,9)	0,01	0,00	0,00
Wartości i normy	7,8 (7,0–8,6)	5,9 (5,1–6,7)	4,0 (3,2–4,8)	0,00	0,00	0,00

Wyniki KRD/KOR podzielono na wyniki niskie i wysokie w zależności od efektywności wypełniania funkcji rodziny (tab. 4).

Tabela 4. Liczbowy rozkład wyników wysokich oraz wyników niskich w KRD/KOR – ocena z perspektywy ojca

KRD/KOR ocena ojca	WYNIKI	ADHD/ ODD n	ADHD n	Kontrola n
Wypełnianie zadań	wysokie	28	19	19
	niskie	12	21	21
Pełnienie ról	wysokie	24	26	23
	niskie	16	14	17
Komunikacja	wysokie	16	16	19
	niskie	24	24	21
Emocjonalność	wysokie	22	18	9
	niskie	18	22	31
Afektywne nawiązywanie relacji	wysokie	25	15	3
	niskie	15	25	37
Kontrola	wysokie	24	26	26
	niskie	16	14	14
Wartości i normy	wysokie	27	18	9
	niskie	13	22	31

Kwestionariusz samooceny (KOR-S) – ocena z perspektywy nastolatka

W wymiarze „Wypełnianie zadań” uzyskano istotnie wyższe wyniki w grupie ADHD/ODD w stosunku do grupy kontrolnej ($p < 0,001$), jak również w odniesieniu do grupy ADHD ($p < 0,001$); nie stwierdzono istotnych różnic między grupą ADHD a grupą kontrolną ($p = 0,13$). W wymiarze „Pełnienie ról” uzyskano istotnie wyższe wyniki w grupie ADHD/ODD w stosunku do grupy kontrolnej ($p < 0,001$) oraz w odniesieniu do grupy ADHD ($p < 0,01$), jak również istotnie wyższe wyniki w grupie ADHD w stosunku do grupy kontrolnej ($p < 0,05$). W wymiarze „Komunikacja” uzyskano istotnie wyższe wyniki w grupie ADHD/ODD w stosunku do grupy kontrolnej ($p < 0,05$) oraz grupy ADHD ($p < 0,05$), nie stwierdzono natomiast istotnych różnic między grupą ADHD a grupą kontrolną. Ponadto w wymiarze „Emocjonalność” uzyskano istotnie wyższe wyniki w grupie ADHD/ODD w stosunku do grupy kontrolnej ($p < 0,001$) oraz grupy ADHD ($p < 0,01$), jak również istotnie wyższe wyniki w grupie ADHD w odniesieniu do grupy kontrolnej ($p < 0,001$). W wymiarze „Afektywne nawiązywanie relacji” uzyskano istotnie wyższe wyniki w grupie ADHD/ODD w stosunku do grupy ADHD ($p < 0,001$) oraz grupy kontrolnej ($p < 0,001$), jak również istotnie wyższe wyniki w grupie ADHD w odniesieniu do grupy kontrolnej ($p < 0,05$). W wymiarze „Kontrola” uzyskano istotnie wyższe wyniki w grupie ADHD/ODD w stosunku do grupy kontrolnej ($p < 0,001$), jak również istotnie wyższe wyniki w grupie ADHD w odniesieniu do grupy kontrolnej ($p < 0,05$), nie stwierdzono natomiast istotnych różnic między grupą ADHD/ODD a grupą ADHD. W wymiarze „Wartości i normy” uzyskano istotnie wyższe wyniki w grupie ADHD/ODD w stosunku do grupy ADHD ($p < 0,05$) oraz grupy kontrolnej ($p < 0,001$); różnice między grupą ADHD i grupą kontrolną były na granicy istotności statystycznej ($p = 0,07$). W tabeli 5 przedstawiono dane liczbowe.

Tabela 5. Wyniki badania Kwestionariuszem Samooceny (KOR-S) – ocena z perspektywy nastolatka

	ADHD/ODD	ADHD	Kontrola	ADHD/ ODD vs. ADHD	ADHD/ODD vs. Kontrola	ADHD vs. Kontrola
KOR-S ocena nastolatka	Śr. skorygowana (95% CI)	Śr. skorygowana (95% CI)	Śr. skorygowana (95% CI)	p	p	p
Wypełnianie zadań	7,4 (6,8–8,0)	5,5 (4,9–6,2)	4,6 (4,0–5,3)	0,00	0,00	0,12
Pełnienie ról	7,3 (6,5–8,1)	5,3 (4,6–6,1)	4,0 (3,2–4,7)	0,00	0,00	0,03
Komunikacja	5,7 (5,1–6,3)	4,4 (3,8–5,0)	4,5 (3,9–5,1)	0,00	0,01	0,94
Emocjonalność	5,7 (5,1–6,2)	4,4 (3,9–5,0)	2,8 (2,2–3,3)	0,00	0,00	0,00
Afektywne nawiązywanie relacji	5,7 (5,0–6,5)	3,3 (2,6–4,1)	1,8 (1,0–2,6)	0,00	0,00	0,01

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Kontrola	8,0 (7,4–8,6)	7,3 (6,6–7,9)	6,1 (5,5–6,7)	0,23	0,00	0,03
Wartości i normy	6,0 (5,2–6,7)	4,3 (3,5–5,0)	3,1 (2,4–3,9)	0,00	0,00	0,07

Wyniki podzielono na wyniki niskie i wysokie w zależności od efektywności wypełniania funkcji rodziny (tab. 6).

Tabela 6. Liczbowy rozkład wyników wysokich oraz wyników niskich w KOR-S – ocena z perspektywy nastolatka

KOR-S ocena nastolatka	WYNIKI	ADHD/ ODD n	ADHD n	Kontrola n
Wypełnianie zadań	wysokie	21	16	25
	niskie	19	24	15
Pełnienie ról	wysokie	17	22	30
	niskie	23	18	10
Komunikacja	wysokie	19	5	3
	niskie	21	35	37
Emocjonalność	wysokie	12	7	1
	niskie	28	33	39
Afektywne nawiązywanie relacji	wysokie	24	7	0
	niskie	16	33	40
Kontrola	wysokie	13	17	25
	niskie	27	23	15
Wartości i normy	wysokie	23	11	5
	niskie	17	29	35

Omówienie wyników i dyskusja

Uzyskane wyniki wskazują na to, że matki, ojcowie oraz nastolatkowie z grupy ADHD/ODD gorzej oceniają wszystkie istotne aspekty funkcjonowania rodziny w porównaniu z grupą kontrolną (istotnie wyższe wyniki dla wszystkich podskal kwestionariusza KOR), w grupie ADHD zaś na istotnie wyższe wyniki w odniesieniu do grupy kontrolnej w zakresie ocen matek i ojców dla wszystkich obszarów funkcjonowania rodziny oraz ocen nastolatków w wymiarach: „Pełnienie ról”, „Emocjonalność”, „Afektywne nawiązywanie relacji” oraz „Kontrola”. Co więcej, nastolatkowie z grupy ADHD/ODD gorzej oceniają funkcjonowanie rodziny w większości z opisywanych obszarów (poza wymiarem „Kontrola”) w porównaniu z grupą ADHD, podobnie jak ich ojcowie (poza wymiarem „Emocjonalność”). Z kolei matki z grupy ADHD/ODD gorzej oceniają funkcjonowanie rodziny w odniesieniu do grupy ADHD we wszystkich opisywanych obszarach.

Można zatem przyjąć, że nastolatkowie z grupy kontrolnej i ich rodzice lepiej oceniają przypisanie określonych ról poszczególnym członkom rodziny, a przez to

większą zdolność dostosowywania się członków rodziny do zmieniających się ról i ich wyższy poziom integracji. Co więcej, w grupie kontrolnej zakres wyrażanych emocji jest większy, a ich ekspresja jest bardziej adekwatna. Nastolatki opisują więcej troski w relacjach, co prowadzi do zaspokojenia potrzeb emocjonalnych i umożliwia autonomię poszczególnych osób, z czym skorelowany jest niższy poziom kontroli doświadczanej ze strony rodziców. Kontrola opisywana jest jako bardziej konstruktywna, a wzajemne oddziaływanie na siebie członków rodziny jest zgodne z ich wyobrażeniami, co wiąże się z lepszą komunikacją i wyższym poziomem odpowiedzialności. Nastolatki z grupy kontrolnej oraz z grupy ADHD podobnie radzą sobie z podstawowymi zadaniami i wyzwaniem rozwojowymi oraz kryzysowymi (brak istotnych różnic dla wyników w wymiarze „Wypełnianie zadań”), podobnie postrzegają zdolności rodzin w zakresie elastyczności i adaptacji do zmieniających się warunków. Brak też istotnych różnic między grupą ADHD a kontrolną w obszarze „Komunikacja”, a to komunikacja umożliwia wzajemne zrozumienie w rodzinie – badani w obu grupach podobnie oceniają wymianę informacji, jasność komunikatów oraz dostępność rozmówcy, co wpływa na zdolność regulacji emocji i wraz z aspektami dotyczącymi wartości i norm w rodzinie jest podstawą prawidłowego kształtowania się relacji przywiązaniowej. Grupę ADHD i kontrolną charakteryzuje także podobna trwałość reguł, ale też swoboda działania.

Rodzice z obu grup klinicznych (grupa ADHD oraz grupa ADHD/ODD) inaczej niż w wypadku grupy kontrolnej postrzegają możliwości radzenia sobie z problemami, komunikację oraz znaczenie wartości i norm. Gorsza jest także własna ocena nastolatka dotycząca wyrażania emocji, co może wynikać z mniejszego poczucia własnej wartości i niezależności, a także większych problemów w respektowaniu praw i granic innych osób. Badani z rozpoznaniem ADHD widzą relacje emocjonalne jako mniej wspierające, a rodzice z obu grup klinicznych (ADHD/ODD i ADHD) opisują mniejszy poziom empatii w relacjach ze swoimi dziećmi, co w połączeniu z opisem nadmiernej (symbiotycznej) lub niedostatecznej (niezaangażowanej) emocjonalności może rodzić niepewność i brak autonomii poszczególnych członków rodziny. Rodzice z grupy ADHD/ODD opisują kontrolę nad wykonywaniem zadań i pełnieniem ról w relacji z dzieckiem jako mniej skuteczną, co uniemożliwia dostrzeganie zmieniających się warunków i dostosowywanie się do nich oraz negatywnie wpływa na regulacje systemu rodzinnego. Kontrola charakteryzowana jest jako walka o władzę – otwarta lub ukryta, a podejmowane próby kontroli są chaotyczne lub zawstydzające, co jest zgodne z opisami roli niekonsekwentnej dyscypliny w generowaniu zaburzeń eksternalizacyjnych [27]. Podobnie w grupie ADHD umiejętność skutecznej kontroli jest mniej elastyczna niż w grupie kontrolnej, słabsza jest też umiejętność zmiany wzorca funkcjonowania.

Grupę ADHD/ODD charakteryzuje mniejszy stopień spójności między różnymi częściami rodzinnego systemu wartości, mniejsza zgodność wartości rodziny w odniesieniu do opisów grupy społecznej i kręgu kulturowego. Spójność systemu wartości jest traktowana jako czynnik zmniejszający prawdopodobieństwo ekspozycji na zdarzenia traumatyczne, a tym samym wiąże się z mniejszym nasileniem objawów ADHD, zaburzeń opozycyjno-buntowniczych oraz zaburzeń nastroju [28]. Ojcowie dzieci z grupy ADHD/ODD oraz grupy ADHD podobnie oceniają zabarwienie emo-

cjonalne komunikacji z dziećmi, natomiast ojcowie nastolatków z grupy kontrolnej opisują szersze spektrum wyrażanych uczuć o dostosowanej intensywności. Z kolei w ocenach matek, poczynając od grupy ADHD/ODD, poprzez grupę ADHD aż do grupy kontrolnej, można zauważyć zmniejszający się poziom intruzywności emocjonalnej i emocjonalnego dystansowania się w relacjach z dziećmi, co sprzyja budowaniu własnej wartości, ale też niezależności nastolatków. Wyniki te są zgodne z opisami z piśmiennictwa, w których podkreśla się, że matki i ojcowie nastolatków z ADHD oraz ADHD/ODD są oceniani jako bardziej dyrektywni niż empatyczni i bardziej negatywni w rzadziej nawiązywanych interakcjach [7], a także zwraca się uwagę na wyższy poziom emocji negatywnych oraz większą ilość konfliktów spowodowanych nadmiernym skupianiem się na negatywnych aspektach funkcjonowania dziecka [29].

Ciekawych obserwacji dotyczących funkcjonowania rodzin dostarcza także porównanie grupy ADHD/ODD i grupy ADHD. Opisy najbardziej obserwowalnego wymiaru funkcjonowania rodziny, jakim jest radzenie sobie z podstawowymi zadaniami rodziny, ale też realizacja celów rozwojowych i zdolność przewyższania sytuacji kryzysowych, w grupie ADHD/ODD oraz grupie ADHD różnią się istotnie. Zadania te, poza zdefiniowanymi kulturowo, są specyficzne dla konkretnej rodziny, określone przez przyjmowane przez nią wartości i normy, a na ich kształt mają wpływ wartości z rodzin pochodzenia rodziców. W rodzinach pacjentów z ADHD/ODD nastolatki, matki i ojcowie dostrzegają większe trudności w wypełnianiu szerokiej gamy różnorodnych zadań (zarówno tych specyficznych dla rodziny, jak i zdefiniowanych kulturowo), dostosowaniu się do zmieniających się warunków, a także większe problemy w wypracowywaniu rozwiązań alternatywnych. Świadczy to o mniejszej elastyczności i zdolności do adaptacji. Wypełnianie zadań wymaga efektywnego podziału ról, z którym większe trudności mają nastolatki z grupy ADHD/ODD. Opisy ujawniają niedopasowanie ról do relacji w rodzinie, brak zgody co do ich określenia, a w zmieniających się warunkach – trudności w dostosowaniu i uzupełnianiu ról w celu bardziej skutecznego funkcjonowania. Definiowaniu ról w rodzinie nie sprzyja gorsza wymiana informacji – zarówno werbalnych, jak i niewerbalnych, niewystarczająca lub niejasna, często z niewłaściwym zabarwieniem uczuciowym. Powoduje to słabe wzajemne zrozumienie i gorszą umiejętność wyjaśniania trudności, którą opisują w relacjach ze swoimi dziećmi rodzice z grupy ADHD/ODD, w odróżnieniu od grupy ADHD. Co więcej, komunikaty opisywane przez nastolatki, matki i ojców w grupie ADHD/ODD nie tylko dają mniej wzajemnego zrozumienia, ale często zawierają też niewłaściwą ekspresję emocji (w postaci tłumienia lub wyolbrzymiania uczuć).

Wyniki te potwierdzają wcześniejsze obserwacje nad komunikacją wśród nastolatków z ADHD i zaburzeniami opozycyjno-buntowniczymi oraz ich rodziców, dowodzące, że nie tyle same objawy ADHD, ile brak konstruktywnych strategii radzenia sobie ze stresem i przesycona wrogością komunikacja w relacjach rodzinnych zwiększają nasilenie objawów współistniejących [8]. Nastolatki z grupy ADHD/ODD opisują także mniej oznak wzajemnego zainteresowania w rodzinie z towarzyszącym zaangażowaniem emocjonalnym, częściej natomiast narcystyczne niezaangażowanie lub symbiotyczną nadopiekuńczość rodziców w miejsce adekwatnych reakcji emocjonalnych. Różnic w zakresie funkcjonowania emocjonalnego nie zauważają ojcowie

w porównywanych grupach, jakkolwiek na mniejszą ilość interakcji połączonych z mniejszym zaangażowaniem emocjonalnym ze strony matek w grupie nastolatków z ADHD i opozycyjno-buntowniczymi zaburzeniami zachowania zwraca się uwagę w dostępnym piśmiennictwie [16].

W grupie ADHD rodzice postrzegają wzajemne oddziaływania jako nieco bardziej korzystne z punktu widzenia wypełniania zadań rodziny i dostosowania się do zmieniających się warunków. W grupie ADHD/ODD obserwuje się więcej niespójności systemu norm i wartości w relacji matek i ojców z dzieckiem, co może powodować dezorientację i napięcia, konflikt w zakresie rodzinnego i kulturowego systemu wartości, podważanie jawnych reguł. Oceny nastolatków, matek i ojców wskazują na większą adaptacyjność w grupie ADHD – zdolność do reagowania na stres rozwojowy lub sytuacyjny przez zmianę struktury władzy, ról i zasad rodziny. Nie odnotowano istotnych różnic między grupą ADHD/ODD i grupą ADHD w opisach kontroli dokonanych przez nastolatków – młodzież postrzega relacje z ojcami głównie przez pryzmat ograniczeń (podobne obserwacje można odnaleźć w pracy Iniewiczza i wsp. [30]). Próby kontroli odbierane są jako chaotyczne lub dokładnie przewidywalne. Z kolei kontrola w opisach matek i ojców z grupy ADHD/ODD jest mniej elastyczna, bardzo przewidywalna, sztywna lub chaotyczna.

Funkcjonowanie rodziny, ADHD i powikłanie w postaci zaburzeń zachowania jest ujmowane w literaturze przedmiotu w obrębie pewnego kontinuum: im bardziej zaburzone relacje rodzinne, tym większe prawdopodobieństwo rozwoju zaburzeń zachowania; im mniej trudności w funkcjonowaniu rodziny, tym większe prawdopodobieństwo braku powikłań [7].

Ograniczenia badania

Możliwość wnioskowania z uzyskanych wyników związana jest z pewnymi ograniczeniami. Pierwszym z nich jest brak dokładnej analizy klinicznej grupy ADHD/ODD oraz grupy ADHD w zakresie nasilenia prezentowanych objawów. Ocena korelacji tej zmiennej z oceną funkcjonowania rodziny byłaby cennym dopełnieniem protokołu badania. Podobnie ocena występowania objawów ADHD i ich nasilenia u rodziców badanych nastolatków pozwoliłaby na bardziej wnikliwą analizę opisywanego zagadnienia. Kolejnym ograniczeniem jest niska liczebność grup badanych, spowodowana głównie restrykcyjnymi kryteriami włączenia, tematyką badania i dużą liczbą odmów. Do grup klinicznych zrekrutowano jedynie pacjentów leczonych w trybie ambulatoryjnym lub hospitalizowanych, co potencjalnie mogło się wiązać z wyższym nasileniem objawów zaburzeń i mieć wpływ na ostateczne wyniki.

Wnioski

Uwzględniając opisane ograniczenia, można wnioskować, że funkcjonowanie rodzin pacjentów z ADHD i opozycyjno-buntowniczymi zaburzeniami zachowania oraz rodzin pacjentów z ADHD istotnie negatywnie różni się we wszystkich wymiarach lub w większości badanych wymiarów w odniesieniu do rodzin nastolatków bez diagnozy

zaburzeń psychicznych. Funkcjonowanie rodzin pacjentów z ADHD i opozycyjno-buntowniczymi zaburzeniami zachowania można opisać jako bardziej nieprawidłowe niż rodzin pacjentów z ADHD. Trudności te zauważane są zwłaszcza z perspektywy nastolatka i dotyczą większości z badanych wymiarów funkcjonowania rodziny, szczególnie w obszarze niskiego zaangażowania emocjonalnego oraz wartości i norm.

Piśmiennictwo

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC; 2013.
2. Follan M, Anderson S, Huline-Dickens S, Lidstone E, Young D, Brown G i wsp. *Discrimination between attention deficit hyperactivity disorder and reactive attachment disorder in school aged children*. Res. Dev. Disabil. 2011; 32(2): 520–526.
3. Willcutt EG, Nigg JT, Pennington BF, Solanto MV, Rohde LA, Tannock R i wsp. *Validity of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder symptom dimension and subtype*. J. Abnorm. Psychol. 2012; 121(4): 991–1010.
4. Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. *ADHD prevalence estimates across three decades: An updated systematic review and meta-regression analysis*. Int. J. Epidemiol. 2014; 43(2): 434–442.
5. Katzman MA, Bilkey TS, Chokka PR, Fallu A, Klassen LJ. *Adult ADHD and comorbid implications of a dimensional approach*. BMC Psychiatry 2017; 17(1): 302.
6. Humphreys KL, Aguirre VP, Lee SS. *Association of anxiety and ODD/CD in children with and without ADHD*. J. Clin. Child Adolesc. Psychol. 2012; 41(3): 370–377.
7. Johnston C, Mash EJ, Miller N, Ninowski JE. *Parenting in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder*. Clin. Psychol. Rev. 2012; 32(4): 215–228.
8. Edwards G, Barkley RA, Laneri M, Fletcher K, Metevia L. *Parent adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD*. J. Abnorm. Child Psychol. 2001; 29(6): 557–572.
9. Pffiffer LJ, McBurnett K, Rathouz PJ, Judice S. *Family correlates of oppositional and conduct disorders in children with attention deficit/hyperactivity disorder*. J. Abnorm. Child Psychol. 2005; 33(5): 551–563.
10. Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. *Affect regulation, mentalisation and the development of the self*. New York: Other Press; 2002.
11. Cheung K, Theule J. *Parental psychopathology in families of children with ADHD: A meta-analysis*. J. Child Fam. Stud. 2016; 25(12): 3451–3461.
12. Szaniawska M. *Specyfika interakcji wychowawczej matek dzieci z ADHD*. Praca magisterska. Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego; 2007.
13. Chang LR, Chiu YN, Wu YY, Gau SSF. *Father's parenting and father-child relationship among children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder*. Compr. Psychiatry 2013; 54(2): 128–140.
14. Scholtens S, Rydell AM, Bohlin G, Thorell LB. *ADHD symptoms and attachment representations: Considering the role of conduct problems, cognitive deficits and narrative responses in non-attachment-related story stems*. J. Abnorm. Child Psychol. 2014; 42(6): 1033–1042.
15. Podolski CL, Nigg JT. *Parent stress and coping in relations to child ADHD severity and associated child disruptive behavior problem*. J. Clin. Child Psychol. 2001; 30(4): 503–513.

16. Gau SSF. *Parental and family factors for attention-deficit hyperactivity disorder in Taiwanese children*. Aus. N Z J. Psychiatry 2007; 41(8): 688–696.
17. Molina BG, Pelham WE, Cheong JW, Marshal MP, Gnagy EM, Curran PJ. *Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and growth in adolescent alcohol use: The roles of functional impairments, ADHD symptom persistence and parental knowledge*. J. Abnorm. Psychol. 2012; 121(4): 922–935.
18. Wills TA, Resko JA, Ainette MG, Mendoza D. *Role of parent support and peer support in adolescent substance use: A test of mediated effect*. Psychol. Addict. Behav. 2004; 18(2): 122–134.
19. Chronis AM, Lahey BB, Pelham WE, Williams SH, Baumann B, Kipp H i wsp. *Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with attention-deficit/hyperactivity disorder*. Dev. Psychol. 2007; 43(1): 70–82.
20. Pardini DA, Fite PJ. *Symptoms of conduct disorder, oppositional defiant disorder, attention-deficit/hyperactivity disorder, and callous-unemotional traits as unique predictors of psychosocial maladjustment in boys: Advancing an evidence base for DSM-5*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2010; 49(11): 1134–1144.
21. Pardini DA, Loeber R. *Interpersonal and affective features of psychopathy in children and adolescents: Advancing a developmental perspective*. J. Clin. Child Adolesc. Psychol. 2007; 36(3): 269–275.
22. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington, DC; 1994.
23. Skinner HA, Steinhauer PD, Sitarenios G. *Family Assessment Measure (FAM) and process model of family functioning*. J. Fam. Ther. 2000; 22(2): 190–221.
24. Cierpka M, Frevert G. *Die Familienbögen*. Göttingen: Hogrefe Vrl; 1994.
25. Beauvale A, de Barbaro B, Namysłowska I, Furgał M. *Niektóre psychometryczne własności Kwestionariuszy do Oceny Rodziny*. Psychiatr. Pol. 2002; 36(1): 29–40.
26. Namysłowska I, Paszkiewicz E, Siewierska A, de Barbaro B, Furgał M, Drożdżowicz L i wsp. *Kwestionariusze Manfreda Cierpki do Oceny Rodziny*. Psychiatr. Pol. 2002; 36(1): 17–28.
27. Sroufe LA, Duggal S, Weinfield N, Carlson E. *Relations, development, and psychopathology*. W: Sameroff AJ, Lewis M, Miller SM. red. *Hand of developmental psychopathology*, 2nd ed. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2000: 75–91
28. Behere A, Basnet P, Campbell P. *Effects of family structure on mental health of children: A preliminary study*. Indian J. Psychol. Med. 2017; 39(4): 457–463.
29. Melnik S, Hinshaw S. *Emotion regulation and parenting in AD/HD and comparison boys: Linkages with social behaviors and peer performers*. J. Abnorm. Child Psychol. 2000; 28(1): 73–86.
30. Iniewicz G, Dziekan K, Wiśniewska D, Czuszkiewicz A. *Wzory przywiązania i lęku wśród młodzieży u adolescentów z diagnozą zaburzeń zachowania i emocji*. Psychiatr. Pol. 2011; 45(5): 693–702.

Adres: Anna Kaźmierczak-Mytkowska
Warszawski Uniwersytet Medyczny
02-091 Warszawa, ul. Żwirki i Wigury 61
e-mail: anna.kazmierczak-mytowska@wum.edu.pl

Otrzymano: 21.07.2020

Zrecenzowano: 9.09.2020

Otrzymano po poprawie: 29.09.2020

Przyjęto do druku: 12.10.2020