

Przywiązanie u nastolatków z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej i opozycyjno-buntowniczymi zaburzeniami zachowania

Attachment in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder

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

Warszawski Uniwersytet Medyczny, Klinika Psychiatrii Wieków Rozwojowych

Summary

Objectives. To assess attachment styles among adolescents (13–16 years) with ADHD or ADHD and oppositional defiant disorders (ODD).

Material and methods. The Parents and Peers Attachment (IPPA) and the Parent Bonding Questionnaire (PBI) were used in three groups of teenagers raised in biological families: (1) ADHD/ODD group ($n = 40$), (2) ADHD group ($n = 40$) and (3) K (control) group of teenagers ($n = 40$) who have not benefited from psychological or psychiatric care in the past or at present.

Results. Parental attachment styles in the area of “Trust”, “Communication” and “Alienation” (IPPA), and “Care” and “Control” (PBI) in the ADHD/ODD group differ significantly compared to the control group. Teens from the ADHD/ODD group report to have experienced significantly less “Trust” and “Communication” (IPPA), and “Care” (PBI) in relationships with parents and more “Alienation” (IPPA) and “Control” (PBI) than adolescents in the ADHD group. Attachment patterns with peers in both clinical and control groups differ significantly. The ADHD/ODD group is dominated by the anxious-avoidant style of attachment to the mother and father, in the ADHD group, a secure style in relation to the mother and anxious-avoidant in relation to the father. In relations with peers in the ADHD/ODD group and the ADHD group, the anxious-avoidant style dominates.

Conclusions. The attachment style is significantly different in adolescents diagnosed with ADHD and ODD than in adolescents with only ADHD. In the ADHD/ODD group and the ADHD group, unlike in the group of adolescents without a psychiatric diagnosis, insecure attachment styles for parents and peers dominate (mainly anxious-avoidant style).

Słowa kluczowe: ADHD, opozycyjno-buntownicze zaburzenia zachowania, przywiązanie

Key words: ADHD, oppositional defiant disorders, attachment

Wprowadzenie

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej i zaburzeń koncentracji uwagi (*Attention Deficit/Hyperactivity Disorder* – ADHD) oraz opozycyjno-buntownicze zaburzenia zachowania [1] należą do grupy zaburzeń eksternalizacyjnych, których objawy są wyrazem trudności w zakresie kontrolowania własnego zachowania. Współwystępowanie ADHD i zaburzeń zachowania pogarsza znacząco funkcjonowanie dziecka na płaszczyźnie rodzinnej, społecznej i edukacyjnej, z czym wiąże się większe ryzyko kolejnych, poważnych powikłań [2, 3]. Teoria przywiązania Bowlby’ego i kontynuatorów jego prac jest konstruktem ułatwiającym rozumienie rozwoju dziecka, ale także objawów psychopatologicznych i mechanizmu rozwoju powikłań [4]. Model ten uzupełnia opis biologicznej podatności (genetycznej, strukturalnej, temperamentalnej), wyrażającej się w wypadku dziecka z ADHD skłonnością do zachowań wynikających ze słabszej kontroli impulsów. Nieprawidłowe wzorce doświadczania bliskości i związane z nimi sposoby regulacji emocji, będące elementem więzi pozabezpiecznej, w połączeniu z charakterystycznymi dla ADHD deficytami poznawczymi, emocjonalnymi i społecznymi stanowią czynnik ryzyka rozwoju zaburzeń zachowania [5].

Pogląd ten był formułowany m.in. na podstawie badań Çuhadaroğlu-Çetin i wsp. [6], którzy nie stwierdzili różnic w zakresie stylów przywiązania wśród nastolatków z ADHD w porównaniu z grupą osób bez zaburzeń psychicznych, w odróżnieniu od grupy adolescentów z ADHD powikłanym współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi, zdecydowanie częściej prezentujących tzw. zaabsorbowany styl przywiązania. Co więcej, obserwacje wskazują na częstsze występowanie pozabezpiecznych wzorców przywiązania u dzieci z ADHD, u których dominują objawy nadmiernej impulsywności i nadruchliwości, w porównaniu z tymi, u których obserwuje się głównie deficyty w zakresie zaburzeń uwagi [7]. Badacze podkreślają również, że istotne znaczenie dla prawidłowego tworzenia przywiązania ma dopasowanie oddziaływań rodzicielskich do specyfiki funkcjonowania i temperamentu dziecka. Style rodzicielskie promujące nadmierną autonomię w wypadku dzieci z ADHD cechujących się wysokim poziomem emocjonalności sprzyjają tworzeniu lękowego wzorca przywiązania, natomiast ograniczanie autonomii sprzyja tworzeniu wzorca unikającego [7, 8]. Z kolei większe nasilenie objawów ADHD u adolescentów łączone jest z obecnością więzi zdezorganizowanej – wpływ ten jest niezależny od deficytów funkcji wykonawczych i problemów w obszarze zachowania [5, 8, 9]. Na tworzenie przywiązania wpływ ma także jakość komunikacji dorosłego z dzieckiem z ADHD [10].

Z drugiej strony, brakuje zgodności co do zakresu wpływu wytworzonej w relacjach więzi na nasilenie objawów ADHD. Niektórzy badacze podkreślają znaczenie wzorca przywiązania i związanych z nim zinternalizowanych schematów funkcjonowania dla rozwoju zaburzeń współlistniejących, w tym zaburzeń zachowania. Niewątpliwie dzieci z ADHD częściej doświadczają takich praktyk rodzicielskich jak niekonsekwentna dyscyplina, słaby nadzór, mniejsza czułość w relacjach, które przyczyniają się do utrzymania obrazu pozabezpiecznego przywiązania, jak też sprzyjają rozwojowi powikłań w postaci innych zaburzeń eksternalizacyjnych [11]. Determinuje to tworzenie mechanizmu błędnego koła – z jednej strony objawy ADHD wpływają na postawy

i zachowania rodziców (np. stosowanie nadmiernie autorytarnych metod wychowawczych), z drugiej zaś niedostosowane oddziaływania oddziałują na ekspresję objawów ADHD i rozwój powikłań [12, 13].

Z występowaniem i większym nasileniem objawów eksternalizacyjnych u adolescentów łączona jest obecność przywiązania unikającego lub zdezorganizowanego [14]. Metaanaliza Faraone i wsp. [15] dowodzi, że konsekwencje tego rodzaju przywiązania są moderowane przez skumulowane ryzyko kontekstu rodzinnego i środowiskowego, płeć (męską) i wiek, co oznacza narastanie problemów z zachowaniem w czasie. Z kolei Iniewicz i wsp. [16] wiążą rozwój zaburzeń zachowania z konkretnymi wymiarami przywiązania, głównie ze zwiększoną kontrolą ze strony matki, której sprzyja wyższy poziom agresji i nieuwagi, oraz ze zwiększoną kontrolą w relacji z ojcem, z którą łączy się wyższy poziom problemów w relacjach społecznych. Badania przeprowadzone wśród polskich dziewcząt z zaburzeniami zachowania wykazały wpływ stylu przywiązania na występowanie zachowań destrukcyjnych [17].

Powyższe obserwacje uzasadniają kontynuowanie badań nad oceną wzorców przywiązania wśród dzieci i młodzieży z ADHD ze współwystępującymi opozycyjno-buntowniczymi zaburzeniami zachowania.

Cel

Ocena wzorców przywiązania w grupie nastolatków z rozpoznaniem ADHD, rozpoznaniem ADHD i opozycyjno-buntowniczych zaburzeń zachowania oraz bez diagnozy psychiatrycznej.

Material

W badaniu uczestniczyli pacjenci z rozpoznaniem zespołu nadpobudliwości psychoruchowej według DSM-IV-TR [18] (*Attention Deficit/Hyperactivity Disorder* – ADHD) ze współwystępującymi opozycyjno-buntowniczymi zaburzeniami zachowania według DSM-IV-TR [18] (*Oppositional Defiant Disorder* – ODD) lub bez takich zaburzeń, hospitalizowani na oddziale psychiatrii dla dzieci i młodzieży lub pozostający w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej. 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 bez zaburzeń zachowania ($n = 34$ 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 stanowiły: wychowywanie się w rodzinie adopcyjnej lub zastępczej, obecność innych diagnoz psychiatrycznych, w tym całościowych zaburzeń rozwoju, zaburzeń psychotycznych, choroby afektywnej dwubiegunowej, upośledzenia umysłowego, poważnych zaburzeń zachowania oraz wcześniejszy udział w terapii rodzinnej. Grupę kontrolną (Kontrola) tworzyli uczniowie gimnazjów (warszawskich i podwarszawskich). 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. Grupa rodziców pacjentów, którzy odmówili udziału w badaniu, nie przekroczyła 20% zaproszonych. Najczęściej były to osoby korzystające nieregularnie z opieki zdrowotnej.

Metoda

Osoby badane zostały poddane ocenie kwestionariuszowej z użyciem następujących narzędzi badawczych:

- *Inwentarz przywiązania do rodziców i rówieśników (The Inventory of Parent and Peer Attachment – IPPA)* [19]. Umożliwia on ocenę poznawczego i emocjonalnego aspektu przywiązania nastolatka w relacjach z rodzicami oraz rówieśnikami na podstawie wewnętrznych modeli operacyjnych. Składa się z trzech skal dotyczących odpowiednio relacji z matką, relacji z ojcem oraz relacji z rówieśnikami, zawierających po 25 stwierdzeń. Osoba badana (nastolatek) określa częstotliwość zachowań innych osób w 5-stopniowej skali Likerta: „prawie nigdy lub nigdy”, „rzadko”, „czasami”, „często”, „prawie zawsze lub zawsze”. Kwestionariusz umożliwia opis przywiązania w trzech wymiarach: (1) „Zaufania” – jako percypowanego zaufania do matki, ojca i rówieśników, a także poczucia bycia rozumianym przez nich; (2) „Komunikacji” – jako umiejętności przekazywania w relacji z ważnymi osobami istotnych treści, wyrażania potrzeb i emocji; (3) „Alienacji” – określa poziom izolacji i percypowanego braku zrozumienia w relacjach z osobami bliskimi oraz związane z tym emocje. Polska wersja kwestionariusza charakteryzuje się satysfakcjonującą rzetelnością oraz trafnością teoretyczną i kryterialną [20]. Wyniki uzyskiwane z użyciem inwentarza przekładane są na skalę stenową; wyniki mieszczące się w przedziale 1–4 są uznawane za niskie, w przedziale 5–6 za średnie, a 7–10 za wysokie.
- *Kwestionariusz przywiązania rodziców (Parental Bonding Instrument – PBI)* [21]. Jest to narzędzie retrospektywne, przeznaczone do badania percypowanych przez nastolatka aspektów więzi w wymiarze: (1) „Troski” – zachowania rodziców wobec dziecka w wymiarze od zaangażowania uczuciowego, ciepła i bliskości do chłodu w relacjach, wycofania i odrzucenia (wyniki wysokie sugerują bliskość emocjonalną, niskie zaś odrzucenie i obojętność ze strony opiekuna); (2) „Kontroli” – zachowania rodziców w wymiarze od zachęcania do autonomii do ścisłej kontroli i intruzyjności (wyniki wysokie wskazują na nadmierne ingerowanie, promowanie psychologicznej zależności, niskie zaś na dążenie opiekuna do wykształcenia niezależności i autonomii nastolatka). Kwestionariusz składa się z 50 stwier-

dzeń (po 25 odnoszących się do percepcji postaw i zachowań matki lub ojca; 12 pozycji dotyczy doświadczanej opieki, a 13 kontroli). Osoba badana (nastolatek) ocenia zgodność twierdzeń w 4-stopniowej skali Likerta: „bardzo się zgadza”, „częściowo się zgadza”, „raczej się nie zgadza”, „częściowo się nie zgadza”. Uzyskane wyniki opisane są w 4 wymiarach: „matka-opieka”, „matka-kontrola”, „ojciec-opieka”, „ojciec-kontrola”, na podstawie których dokonywana jest ocena relacji rodzic–nastolatek w czterech możliwych kategoriach: „Relacja pozytywna”, „Kontrola z uczuciem”, „Kontrola bez uczucia”, „Związek słaby lub jego brak”. Więż optymalna dla rozwoju nastolatka obejmuje wysoki poziom emocjonalnej opieki i niski poziom psychologicznej kontroli [16]. Polska adaptacja inwentarza nie została zakończona publikacją, jakkolwiek polska wersja charakteryzuje się satysfakcjonującą rzetelnością [22].

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 wypadku 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 IPPA: ocena przywiązania do matki

W wymiarze „Zaufania” grupa ADHD/ODD uzyskała istotnie niższe wyniki w stosunku do grupy kontrolnej ($p < 0,001$) oraz grupy ADHD ($p < 0,001$). W wymiarze „Komunikacji” badani z grupy ADHD/ODD uzyskali istotnie niższe wyniki zarówno w stosunku do grupy kontrolnej ($p < 0,05$), jak i grupy ADHD ($p < 0,001$). W wymiarze „Alienacji” badani z grupy ADHD/ODD uzyskali istotnie wyższe wyniki w stosunku do grupy kontrolnej ($p < 0,001$) oraz grupy ADHD ($p < 0,001$). Nie stwierdzono istotnych różnic przy porównaniu grupy ADHD z grupą kontrolną w wymienionych wymiarach. W tabeli 1 przedstawiono dane liczbowe.

Tabela 1. Ocena przywiązania do matki: wymiary „Zaufanie”, „Komunikacja” oraz „Alienacja” w IPPA

	ADHD/ODD	ADHD	Kontrola	ADHD/ODD vs. ADHD	ADHD/ODD vs. Kontrola	ADHD vs. Kontrola
IPPA	Śr. skorygowana (95% CI)	Śr. skorygowana (95% CI)*	Śr. skorygowana (95% CI)*	p	p	p
Zaufanie	31,6 (29,1–34,1)	41,6 (39,1–44,1)	45,4 (42,8–47,9)	0,00	0,00	0,09
Komunikacja	26,1 (23,8–28,3)	33,4 (31,2–35,6)	35,3 (33,1–37,5)	0,00	0,00	0,44
Alienacja	18,3 (16,9–19,7)	12,3 (10,9–13,6)	11,3 (9,9–12,7)	0,00	0,00	0,58

Uzyskanym wynikiem przypisano odpowiedni rodzaj stylu przywiązania według Ainsworth [23] oraz Armsdena i Greenberga [19]. I tak 5 osób (12,5%) z grupy ADHD/ODD, 19 osób (47,5%) z grupy ADHD oraz 35 osób (87,5%) z grupy kontrolnej oceniło swoją relację z matką w kategoriach przywiązania bezpiecznego. Z kolei 7 osób (17,5%) z grupy ADHD/ODD, 14 badanych (35,0%) z grupy ADHD oraz 3 osoby (7,5%) z grupy kontrolnej opisało swoją relację z matką w kategoriach stylu lękowo-ambiwalentnego. Ponadto 28 osób (70,0%) z grupy ADHD/ODD, 7 badanych (17,5%) z grupy ADHD oraz 2 osoby (5,0%) z grupy kontrolnej opisało swoją relację z matką w kategoriach stylu lękowo-unikającego (tab. 2).

Tabela 2. Ocena przywiązania do matki: style przywiązania na podstawie wyników IPPA

IPPA	ADHD/ODD n (%)	ADHD n (%)	Kontrola n (%)
Styl bezpieczny (B)	5 (12,5%)	19 (47,5%)	35 (87,5%)
Styl lękowo-ambiwalentny (LA)	7 (17,5%)	14 (35,0%)	3 (7,5%)
Styl lękowo-unikający (LU)	28 (70,0%)	7 (17,5%)	2 (5,0%)

Kwestionariusz IPPA: ocena przywiązania do ojca

W wymiarze „Zaufanie” grupa ADHD/ODD uzyskała istotnie niższe wyniki w stosunku do grupy kontrolnej ($p < 0,001$) oraz grupy ADHD ($p < 0,001$), a badani z grupy ADHD uzyskali istotnie niższe wyniki niż osoby z grupy kontrolnej ($p < 0,001$). W wymiarze „Komunikacja” badani z grupy ADHD/ODD uzyskali istotnie niższe wyniki w stosunku do grupy kontrolnej ($p < 0,001$) oraz grupy ADHD ($p < 0,05$), nie stwierdzono zaś istotnych różnic między grupami ADHD i kontrolną. W wymiarze „Alienacja” badani z grupy ADHD/ODD uzyskali istotnie wyższe wyniki w stosunku do grupy kontrolnej ($p < 0,001$) oraz grupy ADHD ($p < 0,05$), nie stwierdzono zaś istotnych różnic dla grupy ADHD i grupy kontrolnej. W tabeli 3 przedstawiono dane liczbowe.

Tabela 3. Ocena przywiązania do ojca: wymiary „Zaufanie”, „Komunikacja” oraz „Alienacja” w IPPA

	ADHD/ODD	ADHD	Kontrola	ADHD/ODD vs. ADHD	ADHD/ODD vs. Kontrola	ADHD vs. Kontrola
IPPA	Śr. skorygowana (95% CI)	Śr. skorygowana (95% CI)*	Śr. skorygowana (95% CI)*	p	p	p
Zaufanie	26,8 (24,3–29,3)	35,9 (33,7–38,3)	44,2 (41,7–46,6)	0,00	0,00	0,00
Komunikacja	22,7 (20,5–25,0)	28,5 (26,2–30,7)	31,7 (29,5–33,9)	0,00	0,00	0,11
Alienacja	19,7 (17,6–21,8)	15,4 (13,3–17,5)	13,1 (11,0–15,2)	0,01	0,00	0,28

Uzyskanym wynikiom przypisano odpowiedni rodzaj stylu przywiązania według Ainsworth [23] oraz Armsdena i Greenberga [19]. I tak 3 osoby (7,5%) z grupy ADHD/ODD, 10 osób (25,0%) z grupy ADHD oraz 22 osoby (55,0%) z grupy kontrolnej oceniło swoją relację z ojcem w kategoriach przywiązania bezpiecznego. Z kolei 3 osoby (7,5%) z grupy ADHD/ODD, 11 badanych (27,5%) z grupy ADHD oraz 12 osób (30,0%) z grupy kontrolnej opisało swoją relację z ojcem w kategoriach stylu lękowo-ambivalentnego. Ponadto 34 osoby (85,0%) z grupy ADHD/ODD, 19 badanych (47,5%) z grupy ADHD oraz 6 osób (15,0%) z grupy kontrolnej opisało swoją relację z ojcem w kategoriach stylu lękowo-unikającego (tab. 4).

Tabela 4. Ocena przywiązania do ojca: style przywiązania na podstawie wyników IPPA

IPPA	ADHD/ODD n (%)	ADHD n (%)	Kontrola n (%)
Styl bezpieczny (B)	3 (7,5%)	10 (25,0%)	22 (55,0%)
Styl lękowo-ambivalentny (LA)	3 (17,5%)	11 (27,5%)	12 (30,0%)
Styl lękowo-unikający (LU)	34 (85,0%)	19 (47,5%)	6 (15,0%)

Kwestionariusz IPPA: ocena przywiązania do rówieśników

W wymiarze „Zaufanie” grupa ADHD/ODD, jak też grupa ADHD uzyskały istotnie niższe wyniki w stosunku do grupy kontrolnej ($p < 0,001$). W wymiarze „Komunikacja” zarówno grupa ADHD/ODD, jak i grupa ADHD uzyskały istotnie niższe wyniki w stosunku do grupy kontrolnej ($p < 0,05$). W wymiarze „Alienacja” zarówno grupa ADHD/ODD, jak i grupa ADHD uzyskały istotnie wyższe wyniki w stosunku do grupy kontrolnej ($p < 0,001$ oraz $p < 0,05$). Nie stwierdzono istotnych różnic przy porównaniach grupy ADHD/ODD i grupy ADHD w wymienionych wymiarach. W tabeli 5 przedstawiono dane liczbowe.

Tabela 5. Ocena przywiązania do rówieśników: wymiary „Zaufanie”, „Komunikacja” oraz „Alienacja” w IPPA

	ADHD/ODD	ADHD	Kontrola	ADHD/ODD vs. ADHD	ADHD/ODD vs. Kontrola	ADHD vs. Kontrola
IPPA	Śr. skorygowana (95% CI)	Śr. skorygowana (95% CI)*	Śr. skorygowana (95% CI)*	p	p	p
Zaufanie	33,6 (31,2–36,1)	34,0 (31,6–36,4)	42,1 (39,7–44,6)	0,97	0,00	0,00
Komunikacja	23,5 (21,5–25,4)	22,5 (20,5–24,5)	27,5 (25,5–29,5)	0,78	0,01	0,00
Alienacja	19,6 (18,1–21,1)	17,9 (16,4–19,3)	15,3 (13,8–16,8)	0,22	0,00	0,04

Uzyskanym wynikiem przypisano odpowiedni rodzaj stylu przywiązania według Ainsworth [23] oraz Armsdena i Greenberga [19]. I tak 3 osoby (7,5%) z grupy ADHD/ODD, 4 osoby (10,0%) z grupy ADHD oraz 16 osób (40,0%) z grupy kontrolnej oceniło swoją relację z rówieśnikami w kategoriach przywiązania bezpiecznego. Z kolei 4 osoby (10,0%) z grupy ADHD/ODD, 7 badanych (17,5%) z grupy ADHD oraz 14 osób (35,0%) z grupy kontrolnej opisało swoją relację z rówieśnikami w kategoriach stylu lękowo-ambiwalentnego. Ponadto 33 osoby (82,5%) z grupy ADHD/ODD, 29 badanych (72,5%) z grupy ADHD oraz 10 osób (25,0%) z grupy kontrolnej opisało swoją relację z rówieśnikami w kategoriach stylu lękowo-unikającego (tab. 6).

Tabela 6. Ocena przywiązania do rówieśników: style przywiązania na podstawie wyników IPPA

IPPA	ADHD/ODD n (%)	ADHD n (%)	Kontrola n (%)
Styl bezpieczny (B)	3 (7,5%)	4 (10,0%)	16 (40,0%)
Styl lękowo-ambiwalentny (LA)	4 (10,0%)	7 (17,5%)	14 (35,0%)
Styl lękowo-unikający (LU)	33 (82,5%)	29 (72,5%)	10 (25,0%)

Kwestionariusz PBI: ocena przywiązania i relacji z matką

W grupie ADHD/ODD uzyskano istotnie niższe wyniki w wymiarze „Troski” w porównaniu z grupą ADHD oraz grupą kontrolną ($p < 0,001$), nie stwierdzono zaś istotnych statystycznie różnic między grupą ADHD i grupą kontrolną. Ponadto uzyskano istotnie wyższe wyniki w wymiarze „Kontroli” w grupie ADHD/ODD w porównaniu z grupą ADHD oraz grupą kontrolną ($p < 0,001$); badani z ADHD uzyskali nieco wyższe wyniki w odniesieniu do grupy kontrolnej, ale różnice te nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej. W tabeli 7 przedstawiono dane liczbowe.

Tabela 7. Ocena przywiązania do matki: wymiary „Troska” oraz „Kontrola” w PBI

	ADHD/ODD	ADHD	Kontrola	ADHD/ODD vs. ADHD	ADHD/ODD vs. Kontrola	ADHD vs. Kontrola
PBI	Śr. skorygowana (95% CI)	Śr. skorygowana (95% CI)*	Śr. skorygowana (95% CI)*	p	p	p
Troska/ Matka	19,0 (16,7–21,3)	29,2 (26,9–31,4)	30,5 (28,2–32,7)	0,00	0,00	0,07
Kontrola/ Matka	22,3 (20,6–24,1)	15,0 (13,2–16,7)	12,1 (10,4–13,9)	0,00	0,00	0,06

Uzyskane wyniki wskazują na to, że 12 osób (30,0%) z grupy ADHD/ODD, 28 osób (70,0%) z grupy ADHD oraz 36 osób (90,0%) z grupy kontrolnej ocenia swoją relację z matką w kategoriach „Relacji pozytywnej”. Tylko 8 osób (20,0%) z grupy ADHD/ODD opisuje swoją relację z matką w kategoriach pozwalających na przypisanie jej „Kontroli z uczuciem”; w grupie ADHD taki rodzaj relacji dotyczy 11 badanych (27,5%), natomiast w grupie kontrolnej 2 osób (5,0%). Z kolei 17 osób (42,5%) z grupy ADHD/ODD ocenia swoją relację z matką w kategoriach „Kontroli bez uczucia”; opis taki dotyczy w grupie ADHD 1 osoby badanej (2,5%) i żadnej osoby z grupy kontrolnej. Ponadto 3 osoby (7,5%) z grupy ADHD/ODD oraz 1 osoba (2,5%) z grupy ADHD opisują swoją relację z matką w kategoriach „Słabego związku lub jego braku”; żadna osoba z grupy kontrolnej nie opisuje swojej relacji z matką w tych kategoriach (tab. 8).

Tabela 8. Ocena przywiązania do matki: „Relacja pozytywna”, „Kontrola z uczuciem”, „Kontrola bez uczucia” oraz „Słaby związek lub jego brak” w PBI

PBI		ADHD/ODD	ADHD	Kontrola	ADHD/ODD vs. ADHD	ADHD/ODD vs. Kontrola	ADHD vs. Kontrola
		n (%)	n (%)	n (%)	p	p	p
Relacja pozytywna	Tak	12 (30,0)	28 (70,0)	36 (90,0)	0,00	0,00	0,00
	Nie	28 (70,0)	12 (30,0)	4 (10,0)			
Kontrola z uczuciem	Tak	8 (20,0)	11 (27,5)	2 (5,0)	0,02	0,01	0,05
	Nie	32 (80,0)	29 (72,5)	38 (95,0)			
Kontrola bez uczucia	Tak	17 (42,5)	1 (2,5)	0 (0,0)	0,00	0,00	0,00
	Nie	23 (57,7)	39 (97,5)	40 (100,0)			
Słaby związek lub jego brak	Tak	3 (7,5)	0 (0,0)	2 (5,0)	0,11	0,25	0,23
	Nie	37 (92,5)	40 (100,0)	38 (95,0)			

Kwestionariusz PBI: ocena przywiązania i relacji z ojcem

W grupie ADHD/ODD wykazano istotnie niższe wyniki w wymiarze „Troski” w porównaniu z grupą ADHD oraz grupą kontrolną ($p < 0,001$); grupa z ADHD uzyskała istotnie niższe wyniki w odniesieniu do grupy kontrolnej ($p = 0,01$). Ponadto uzyskano istotnie wyższe wyniki w wymiarze „Kontroli” w grupie ADHD/ODD w porównaniu z grupą ADHD oraz grupą kontrolną ($p < 0,001$); badani z grupy ADHD uzyskali istotnie wyższe wyniki w odniesieniu do grupy kontrolnej ($p = 0,01$). W tabeli 9 przedstawiono dane liczbowe.

Tabela 9. Ocena przywiązania do ojca: wymiary „Troska” oraz „Kontrola” w PBI

	ADHD/ODD	ADHD	Kontrola	ADHD/ODD vs. ADHD	ADHD/ODD vs. Kontrola	ADHD vs. Kontrola
PBI	Śr. skorygowana (95% CI)	Śr. skorygowana (95% CI)*	Śr. skorygowana (95% CI)*	p	p	p
Troska/Ojciec	16,3 (13,8–18,7)	22,0 (19,5–24,5)	27,1 (24,7–29,5)	0,00	0,00	0,01
Kontrola/Ojciec	21,4 (19,3–23,4)	13,9 (11,9– 16,0)	9,9 (7,9–11,9)	0,00	0,00	0,01

Uzyskane wyniki wskazują na to, że 9 osób (22,5%) z grupy ADHD/ODD, 22 osoby (55,0%) z grupy ADHD oraz 36 osób (90,0%) z grupy kontrolnej ocenia swoją relację z ojcem w kategoriach „Relacji pozytywnej”. Tylko 6 osób (15,0%) z grupy ADHD/ODD opisuje swoją relację z ojcem w kategoriach „Kontroli z uczuciem”; w grupie ADHD taki rodzaj relacji dotyczy 5 badanych (12,5%), natomiast w grupie kontrolnej 1 osoby (2,5%). Z kolei 20 osób (50,0%) z grupy ADHD/ODD ocenia swoją relację z ojcem w kategoriach „Kontroli bez uczucia”; opis taki dotyczy 5 osób badanych (12,0%) w grupie ADHD i 2 osób (5,0%) w grupie kontrolnej. Ponadto 5 osób (12,5%) z grupy ADHD/ODD, 8 osób (20,0%) z grupy ADHD oraz 1 osoba (2,5%) z grupy kontrolnej opisuje swoją relację z ojcem w kategoriach „Słabego związku lub jego brak” (tab. 10).

Tabela 10. Ocena przywiązania do ojca: „Relacja pozytywna”, „Kontrola z uczuciem”, „Kontrola bez uczucia” oraz „Słaby związek lub jego brak” w PBI

PBI		ADHD/ODD n (%)	ADHD n (%)	Kontrola n (%)	ADHD/ODD vs. ADHD p	ADHD/ODD vs. Kontrola p	ADHD vs. Kontrola P
Relacja pozytywna	Tak	9 (22,5)	22 (55,0)	36 (90,0)	0,00	0,00	0,00
	Nie	31 (77,5)	18 (45,0)	4 (10,0)			
Kontrola z uczuciem	Tak	6 (15,0)	5 (12,5)	1 (2,5)	0,32	0,14	0,09
	Nie	34 (85,0)	35 (87,5)	39 (97,5)			
Kontrola bez uczucia	Tak	20 (50,0)	5 (12,5)	2 (5,0)	0,00	0,00	0,00
	Nie	20 (50,0)	35 (87,5)	38 (95,0)			
Słaby związek lub jego brak	Tak	5 (12,5)	8 (20,0)	1 (2,5)	0,26	0,08	0,05
	Nie	35 (87,5)	32 (80,0)	39 (97,5)			

Omówienie wyników i dyskusja

Uzyskane wyniki wskazują na istnienie różnic w istotnych wymiarach przywiązania w grupie nastolatków z rozpoznaniem ADHD/ODD, ADHD i adolescentów bez diagnozy zaburzeń psychicznych. Przywiązanie do rodziców w zakresie „Zaufania”, „Komunikacji” i „Alienacji” oraz „Troski” i „Kontroli” w grupie ADHD/ODD różni się istotnie w odniesieniu do grupy kontrolnej. Co więcej, nastolatki z ADHD i ODD podają, że doświadczają mniej „Zaufania”, „Komunikacji” i „Troski” w relacjach z rodzicami oraz więcej „Alienacji” i „Kontroli” niż nastolatki z ADHD. Przywiązanie do rówieśników w obu grupach klinicznych i kontrolnej różni się istotnie, ale nie stwierdzono różnic w tym zakresie między grupą ADHD/ODD i grupą ADHD. W grupie ADHD/ODD dominuje lękowo-unikający styl przywiązania do matki oraz ojca, natomiast w grupie ADHD styl bezpieczny w relacji z matką oraz lękowo-unikający w relacji z ojcem. W relacjach z rówieśnikami w grupie ADHD/ODD oraz grupie ADHD dominuje styl lękowo-unikający.

Powyższe wyniki w dużej mierze są spójne z uzyskanymi w badaniach nad przywiązaniem w grupach pacjentów z zaburzeniami eksternalizacyjnymi [24]. Dostępne prace dowodzą zdecydowanie rzadszego występowania przywiązania bezpiecznego w grupach dzieci i adolescentów z ADHD, przy czym przywiązanie pozabezpieczne jest opisywane jako czynnik negatywnie wpływający na behawioralne, społeczne i emocjonalne przystosowanie osób z ADHD [9, 25]. Style przywiązania niedające poczucia bezpieczeństwa poprzez negatywny wpływ na proces regulacji emocji i mentalizacji stają się czynnikiem ryzyka rozwoju objawów psychopatologicznych, w tym zaburzeń zachowania u pacjentów z ADHD [26, 27]. U około 80% dzieci z rozpoznaniem opozycyjno-buntowniczych zaburzeń zachowania stwierdza się przywiązanie pozabezpieczne [17], podobnie jak w grupach pacjentów z ADHD i zaburzeniami zachowania czy adolescentów z zaburzeniami zachowania nadużywających substancji psychoaktywnych [28]. Należy jednak przyjąć, że wzorzec przywiązania jest tylko jedną ze zmiennych stanowiących o ryzyku powikłań, podobnie jak inne, np. takie jak style wychowawcze czy funkcjonowanie rodziny, co w wielu wypadkach oznacza kumulację czynników negatywnych [29, 30]. Wysoki poziom kontroli i niska jakość opieki ze strony obojga rodziców generują większą ilość zachowań agresywnych [31], co znalazło potwierdzenie w badaniu własnym, ale tylko w odniesieniu do tych adolescentów, którzy rozwinęli objawy opozycyjno-buntowniczych zaburzeń zachowania. Podobnie dzieje się w wypadku nie mniej istotnej dla optymalnego funkcjonowania dziecka opieki ze strony ojca – wysoki poziom kontroli koreluje z nasileniem konfliktów, niskim poziomem przystosowania, większym nasileniem ujawnianej złości i większą ilością zachowań opozycyjnych [17], co w połączeniu z niskim poziomem opieki zwiększa ryzyko zaburzeń eksternalizacyjnych.

Wyniki uzyskane dla grupy ADHD potwierdzają obserwacje wskazujące na to, że obraz przywiązania do ojca i matki różni się, a opieka, której na ogół więcej od początku gwarantuje matka, ma większy związek z zachowaniem [32]. Adolescenti z ADHD w sposób bardziej otwarty dzielą się emocjami z matkami niż z ojcami, bardziej polegają na wsparciu z ich strony i w sposób podobny dążą do bliskości jak

grupa osób z przywiązaniem bezpiecznym [33]. W badaniu własnym wyniki uzyskane dla grupy ADHD różnią się istotnie w odniesieniu do grupy kontrolnej tylko w części z opisywanych wymiarów i wskazują na prawidłowy obraz przywiązania do matki. Ponadto ciekawym wynikiem jest mniejsza ilość istotnych różnic między obrazem przywiązania między grupą ADHD/ODD a grupą kontrolną niż grupą ADHD a grupą kontrolną. Obserwacje dotyczące porównania grupa ADHD vs. grupa kontrolna mogą sugerować, że same objawy ADHD nie wpływają tak istotnie na obraz przywiązania i/lub aktualną jakość opieki. Podobnie w badaniach Garbarino i Thompsona [34] wykazano znacząco większą częstość przywiązania bezpiecznego w relacjach z matkami u nastolatków z ADHD bez współwystępujących zaburzeń zachowania.

W badaniu własnym odnotowano istotne różnice w obrazie przywiązania do rówieśników między grupami klinicznymi a grupą kontrolną, co wskazuje na inne funkcjonowanie w takich relacjach. Uzyskane wyniki są zgodne z obserwacjami dostępnymi w piśmiennictwie, wskazującymi na znacznie mniejsze kompetencje społeczne i brak popularności w grupie rówieśniczej, będące konsekwencją pozabezpiecznego stylu przywiązania [35]. Ponownie są to czynniki zwiększające prawdopodobieństwo rozwoju zaburzeń eksternalizacyjnych. Obraz przywiązania w relacji adolescent–rówieśnicy kształtowany jest przez inne czynniki niż w relacji z rodzicami. Rówieśnicy jako figury przywiązania mogą być postrzegani jako źródło wsparcia w okresie wyzwań rozwojowych oraz źródło bezpieczeństwa w czasie konfliktów z rodzicami.

Z drugiej strony nie stwierdziliśmy istotnych różnic w obrazie przywiązania do rówieśników między grupą ADHD/ODD i grupą ADHD. Może to wynikać ze specyfiki objawów nadpobudliwości psychoruchowej i ich negatywnego wpływu na relacje rówieśnicze. W wypadku osób z ADHD zaburzenia funkcji wykonawczych są źródłem dużej ilości konfliktów, również w środowisku rówieśniczym [3]. Lee i Hinshaw [36] w badaniach z udziałem 140 adolescentów z ADHD wskazują na istotny związek między objawami nadaktywności, impulsywności i nieuwagi a niskim statusem w grupie rówieśniczej. Im większe nasilenie objawów ADHD, tym większe trudności w relacjach z rówieśnikami. System relacyjny i symptomatologia ADHD u adolescentów są ze sobą wewnętrznie związane – z jednej strony objawy zwiększają prawdopodobieństwo rozwoju przywiązania niedającego poczucia bezpieczeństwa, a z drugiej przywiązanie lękowo-unikające powoduje trudności w regulacji emocji, zwłaszcza lęku i złości związanych z percypowanym odrzuceniem. Lee i Hinshaw [36] podkreślają również istotną rolę w tworzeniu przywiązania do rówieśników objawów zaburzeń uwagi, które negatywnie wpływają na status nastolatków w grupie.

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 (mimo iż nie była ona celem badania). Ocena korelacji tej zmiennej ze zmienną badaną 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 badania, jego tematyką i związaną z nią dużą liczbą odmów. Ponadto do grup klinicznych zrekrutowano jedynie pacjentów leczonych, co potencjalnie mogło się wiązać z wyższym nasileniem objawów zaburzeń i mogło mieć wpływ na ostateczne wyniki.

Wnioski

W prezentowanym badaniu obraz przywiązania istotnie różnicuje nastolatki z ADHD i zaburzeniami zachowania od grupy z rozpoznaniem ADHD. Wśród nastolatków z ADHD i zaburzeniami zachowania oraz nastolatków z ADHD, w odróżnieniu od grupy bez diagnozy psychiatrycznej, dominują pozabezpieczne (głównie lękowo-unikający) wzorce przywiązania do rodziców oraz rówieśników.

Piśmiennictwo

1. *Kryteria diagnostyczne z DSM-5*. Wrocław: Edna Urban & Partner; 2015.
2. Lin YJ, Lo KW, Yang LK, Gau SSF. *Validation of DSM-5 age-of-onset criterion of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in adults: Comparison of life quality, functional impairment, and family function*. Res. Dev. Disabil. 2015; 47: 48–60.
3. Sobanski E. *Psychiatric comorbidity in adults with attention/hyperactivity disorder (ADHD)*. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 2006; 256(Suppl 1): 26–31.
4. Namysłowska I. *Zaburzenia przywiązania*. Psychiatria po Dyplomie. Medicine Tribune Polska 2014; 4: 13–18.
5. 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.
6. Çuhadaroğlu-Çetin F, Akdemir D, Tüzün Z, Çak T, Şenses-Dinç G, Taşğın-Çöp E i wsp. *Identity status and attachment in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder*. Turk. J. Pediatr. 2013; 55(2): 190–197.
7. 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(2): 103–114.
8. Green J, Stanley C, Peters S. *Disorganized attachment representation and atypical parenting in young school age children with externalizing disorder*. Attach. Hum. Dev. 2007; 9(3): 207–222.
9. Thorell LB, Rydell AM, Bohlin G. *Parent-child attachment and executive functioning in relations to ADHD symptoms in middle childhood*. Attach. Hum. Dev. 2012; 14(5): 517–532.
10. Yahy F, Sochos A. *Adult attachment and constructive communication in parents of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)*. Procedia Soc. Behav. Sci. 2013; 97: 167–173.
11. MacDonald K, Berlow R, Thomas ML. *Attachment, affective temperament, and personality disorders: A study of their relationships in psychiatric outpatients*. J. Affect. Disord. 2013; 151(3): 932–941.
12. Carlson E. *A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation*. Child Dev. 1998; 69(4): 1107–1128.

13. Cheung K, Theule J. *Parental psychopathology in families of children with ADHD: A meta-analysis*. J. Child Fam. Stud. 2016; 25(12): 3451–3461.
14. Crittenden PM. *Internal representational models of attachment relationships*. Infant Ment. Health J. 1990; 11(3): 259–277.
15. Faraone SV, Biederman J, Mick E. *The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis of follow-up studies*. Psychol. Med. 2006; 36(2): 159–165.
16. 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.
17. Wajda Z. *Percepcja relacji między rodzicami oraz wzory przywiązania a nasilenie objawów psychopatologicznych u dziewcząt w późnej adolescencji*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(5): 853–864.
18. *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*. Wrocław: Edna Urban & Partner; 2008.
19. Armsden GC, Greenberg MT. *The Inventory of Parent and Peer Attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence*. J. Youth Adolesc. 1987; 16(5): 427–454.
20. Czarnowicz-Srebrnicka K. *Przywiązanie do rodziców oraz rówieśników w ocenie młodzieży szkolnej*. Warszawa: Warszawski Uniwersytet Medyczny; 2014.
21. Parker G, Tupling H, Brown LB. *A Parental Bonding Instrument*. Br. J. Med. Psychol. 1979; 52(1): 1–10.
22. Popiel A, Pragłowska E. *Terapia poznawczo-behawioralna schizofrenii*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2006. S. 31–43.
23. Ainsworth MDS. *Object relations, dependency, and attachment: A theoretical review of the infant-mother relations, dependency, and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship*. Child Dev. 1969; 40(4): 969–1025.
24. Laible D, Carlo G, Roesch S. *Pathways to self-esteem in late adolescence: The role of parent and peer attachment, empathy, and social behavior*. J. Adolesc. 2004; 27(6): 703–717.
25. Al-Yagon M, Forte D, Avrahami L. *Executive functions and attachment relationships in children with ADHD: Links to externalizing/internalizing problems, social skills, and negative mood regulation*. J. Atten. Disord. 2020; 24(13): 1876–1890. Epub 2017 Sep 17.
26. Forslund T, Brocki KC, Bohli G, Granqvist P, Eninger L. *The heterogeneity of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and conduct problems: Cognitive inhibition, emotion, regulation, emotionality, and disorganized attachment*. Br. J. Dev. Psychol. 2016; 34(3): 371–387.
27. Sochos A, Yahya F. *Attachment style and relationship difficulties in parents of children with ADHD*. J. Child Fam. Stud. 2015; 24(12): 3711–3722.
28. Rönnlund M, Karlsson E. *The relation between dimensions of attachment and internalizing or externalizing problems during adolescence*. J. Genet. Psychol. 2006; 167(1): 47–63.
29. Fearon RP, Bakermans-Kranenburg MJ, Ijzendoorn van MH, Lapsley AM, Roisman I. *The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: A meta-analytic study*. Child Dev. 2010; 81(2): 435–456.
30. Fearon RP, Belsky J. *Infant-mother attachment and the growth of externalizing problems across the primary-school years*. J. Child Psychol. Psychiatry 2011; 52(7): 782–791.
31. Gau SSF. *Parental and family factors for attention-deficit hyperactivity disorder in Taiwanese children*. Aust. N Z J. Psychiatry 2007; 41(8): 688–696.
32. Sharma A. *Relationship between parental bonding and factors of aggression among adolescents*. Indian Journal of Health and Wellbeing 2016; 7(1): 129–132.

33. Laursen B, Collins WA. *Parent-child communication during adolescence*. W: Vangelisti AL. red. *Handbook of family communication*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 2004. S. 333–348.
34. Garbarino J, Thompson B. *Child attachment and family environment differences of adolescent children with ADHD and/or conduct disorder*. Paper presented at the annual meeting of the Southwest Educational Research Association, Dallas; 2000.
35. 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.
36. Lee SS, Hinshaw SP. *Predictors of adolescent functioning in girls with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): The role of childhood ADHD, conduct problems, and peer status*. J. Clin. Child Adolesc. Psychol. 2006; 35(3): 356–368.

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

Otrzymano: 21.07.2020

Zrecenzowano: 23.09.2020

Otrzymano po poprawie: 11.11.2020

Przyjęto do druku: 11.11.2020