

* Wyższa Szkoła Kryminologii i Penitencjarystyki w Warszawie.
Instytut Społecznych Podstaw Penitencjarystyki

** SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny.
Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży

AGNIESZKA NOWOGRODZKA*, BARTOSZ PIASECKI**

ORCID: 0000-0003-0036-4018; agnieszka.nowogrodzka@wskip.edu.pl

ORCID: 0000-0002-2567-682X; bpiasecki1@swps.edu.pl

*Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytami uwagi
(ADHD) – rozpoznawanie nieadaptacyjnych schematów
emocjonalnych i interwencje terapeutyczne*

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) – Recognition of Non-adaptive Emotional
Patterns and Therapeutic Interventions

PROPOZYCJA CYTOWANIA: Nowogrodzka, A., Piasecki, B. (2021). Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytami uwagi (ADHD) – rozpoznawanie nieadaptacyjnych schematów emocjonalnych i interwencje terapeutyczne. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J, Paedagogia-Psychologia*, 34(2), 133–143. DOI: 10.17951/j.2021.34.2.133-143.

ABSTRAKT

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami uwagi (ADHD) opisuje się jako zaburzenie rozpoznawane u 3,4–5% dzieci w okresie szkolnym. Jako jego podstawowe objawy wskazuje się nadmierną aktywność, impulsywność oraz deficyty uwagi. Symptomy te obserwowane są w zachowaniu i powodują pojawienie się wtórnych objawów mających wpływ na ogólne funkcjonowanie dziecka, a w późniejszym okresie także dorosłego. Podstawową, najczęściej stosowaną obecnie formą pomocy grupie wykazującej zaburzenia jest farmakoterapia. Powoduje ona zmniejszenie nasilenia podstawowych objawów. Zazwyczaj leki stosuje się dopiero od wieku szkolnego. Do tego czasu dziecko uczy się wzorców zachowań oraz schematów emocjonalnych, które nie są dla niego korzystne. Z tego względu najskuteczniejszą formą oddziaływań jest połączenie terapii farmakologicznej z psychoterapią. Jako ciekawą propozycję oddziaływań, pozwalającą uczyć się adaptacyjnych reakcji zarówno rodzicom, jak i dzieciom, jest terapia schematu. Pojawiły się już pierwsze wyniki badań wskazujące na to, jakie nieadaptacyjne schematy pojawiają się u dzieci z ADHD. Oddziaływania ukierunkowane na pracę z właściwie zidentyfikowanymi nieadaptacyjnymi schematami pozwalają na to, aby dzieci z tej grupy wyrosły na zdrowe, pewne siebie osoby.

Słowa kluczowe: ADHD; zespół nadpobudliwości psychoruchowej; schematy emocjonalne; terapia schematu

WPROWADZENIE

Początkowo w założeniach terapii schematów wskazywano, że oddziaływania oraz konceptualizacja przypadków w oparciu o teorię nieadaptacyjnych schematów ukierunkowane są głównie na pomoc w długotrwałych, przewlekłych trudnościach, takich jak zaburzenia osobowości (Jacob, Arntz, 2013). W trakcie kształtowania się całej tzw. trzeciej fali orientacji poznawczo-behawioralnej w psychoterapii oraz samej terapii schematu założenia i interwencje zaczęto wykorzystywać także w innych zaburzeniach, takich jak zaburzenia lękowe, odżywiania czy depresja (Hawke, Provencher, 2011; Calvert, Smith, Brockman, Simpson, 2018; Carter i in., 2018). Przy ocenie efektywności oddziaływań zauważono, że praca w oparciu o nieadaptacyjne schematy ma większą skuteczność. Stwierdzono, że czynnikiem, który zwiększa efektywność oddziaływań terapeutycznych w zaburzeniach o charakterze klinicznym, jest odnośnienie się we wspomnianym nurcie również do cech zaburzonej osobowości, czyli do ogółu funkcjonowania jednostki. Dzięki takiemu ujęciu rozwój terapii schematów pozwolił między innymi na stworzenie oddziaływań skierowanych do dzieci, adolescentów i ich rodziców (Zarbock, Loose, Graaf, 2017). Na podstawie doświadczenia praktycznego autorów można stwierdzić, że podejście to jest bardzo interesujące i przynosi liczne korzyści w pracy indywidualnej, pozwala bowiem na szersze ujęcie emocji i zachowań pacjentów, szczególnie tych, którzy dopiero uczą się swojej ścieżki rozwoju.

ZESPÓŁ NADPOBUDLIWOŚCI PSYCHORUCHOWEJ Z DEFICYTAMI UWAGI – ZABURZENIE WIEKU DZIECIĘCEGO

Jednym z najczęściej występujących zaburzeń wieku dziecięcego, których przejawy obserwuje się w zachowaniu, jest zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytami uwagi (ADHD) (Rowland, Lesesne, Abramowitz, 2002; Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye, Rohde, 2015). Częstotliwość jego występowania szacuje się na 3,4–5% populacji (Polanczyk i in., 2015). Zaburzenie to ma poważny wpływ na funkcjonowanie jednostki w większości sfer jej życia, a objawy rozwijają się już przed 7. rokiem życia (Arcelus, Munden, 2008). Etiologii zespołu poszukuje się przede wszystkim w czynnikach genetycznych i biologicznych, co potwierdzają dane, zgodnie z którymi ADHD jest w znacznej mierze dziedziczone (Faraone i in., 2005; Zhang i in., 2012). Wpływ czynników biologicznych przyczynia się do zmian morfologicznych i czynnościowych układu nerwowego, które wpływają na obraz kliniczny zaburzenia (Ottenhof, Sild, Levesque, Ruhe, Booij, 2018; Sun i in., 2018).

Jako główne objawy ADHD wskazuje się nadmierną ruchliwość (nadpobudliwość), deficyty w koncentracji uwagi oraz impulsywność. Są to jednak tylko główne kryteria pozwalające na rozpoznanie tego zaburzenia. Dzieci i młodzież, u których postawiono diagnozę ADHD, borykają się również z innymi symptomami. Wskazuje

się, że grupa ta ma trudności emocjonalne (głównie z samokontrolą emocjonalną), z relacjami rówieśniczymi i innymi interakcjami społecznymi, wzbudzeniem wewnętrznej motywacji do działania, samooceną oraz poczuciem własnej wartości, a wreszcie z osiągnięciami szkolnymi, pomimo odpowiedniego rozwoju intelektualnego (Barkley, Murphy, 1998; Nugent, Smart, 2014; Savolainen i in., 2015).

LECZENIE NADPOBUDLIWOŚCI PSYCHORUCHOWEJ Z ZABURZENIAMI UWAGI

W związku z szerokim spektrum objawów wpływających na funkcjonowanie dziecka z ADHD w leczeniu stosowane są różne oddziaływania. Wśród klasycznych metod przede wszystkim należy wymienić farmakoterapię. Stosowanie leków ma wpływ przede wszystkim na redukcję podstawowych objawów zaburzenia (Philipsen, Heslinger, van Elst, 2008). Jeżeli istnieją względy, które nie pozwalają na stosowanie leków lub gdy po zastosowaniu leków objawy nadal w istotny sposób wpływają na funkcjonowanie pacjenta, wówczas zaleca się włączenie oddziaływań psychoterapeutycznych. Badania odnoszące się do efektywności oddziaływań w ADHD pokazują, że najbardziej skuteczne jest stosowanie metody łączonej – farmakoterapii połączonej z psychoterapią (MTA Cooperative Group 1999, 2004; Safren i in., 2005), leki pozwalają bowiem na obniżenie doświadczanych objawów zaburzenia. Psychoterapia z kolei pozwala na uczenie dziecka i jego rodziców właściwego rozpoznawania oraz reagowania i radzenia sobie z deficytami i objawami zaburzenia. Ma to duże znaczenie, gdyż pomimo tego, że objawy ADHD wraz z wiekiem zmniejszają swoje natężenie, to nadal są obserwowane u 4% populacji osób dorosłych (Faraone, Biederman, 2005; Kessler i in., 2006). W grupie osób dorosłych, które miały zdiagnozowany syndrom ADHD, obraz kliniczny jest bardziej złożony i znacznie częściej obserwowane są wtórne, długoterminowe objawy. To właśnie one na zasadzie błędnego koła utrudniają dalsze funkcjonowanie. Z tego względu warto dodatkowo zwrócić uwagę na oddziaływania psychoterapeutyczne, ponieważ stanowią one podstawę dla rozszerzenia umiejętności radzenia sobie i pozwalają zapobiec narastaniu wtórnych konsekwencji zespołu, takich jak niska samoocena, radzenie sobie ze stresem, uzależnienia, depresja oraz zaburzenia lękowe (MTA Cooperative Group, 2004).

Większość stosowanych obecnie programów psychoterapeutycznych i treningów kierowanych do dzieci z ADHD i ich rodziców opiera się na założeniach terapii poznawczo-behawioralnej. Jej głównym założeniem jest aktywność poznawcza jako element, który wpływa na zachowanie i emocje. Procesy czy aktywność poznawcza i wynikające z niej treści można obserwować i zmieniać. Z kolei zmianę na poziomie behawioralnym i emocjonalnym można wywołać poprzez zmianę procesów poznawczych (Dobson, Dozois, 2001; MTA Cooperative Group, 2004). Oddziaływania te mają zapobiec tworzeniu się negatywnych przekonań o sobie

i o świecie, a także uczyć właściwej kontroli własnych zachowań. Z uwagi na pozycję dziecka w rodzinie i podstawowy wpływ rodziców na zachowanie dziecka czy adolescenta, treningowi właściwych reakcji poddawani są również rodzice (Daley i in., 2014; Coates, Taylor, Sayal, 2015). Jest to istotne, gdyż rodzice dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej i zaburzeniami uwagi często sami ujawniają cechy ADHD lub obserwuje się u nich deficyty w roli wychowawczej (Sonuga-Barke, Daley, Thompson, 2002; Harvey, Danforth, McKee, Ulaszek, Friedman, 2003). Z tego powodu często reagują oni niewłaściwie na postawy dziecka, nie uczą go adekwatnych zachowań czy sposobów radzenia sobie i w konsekwencji utrzymują podstawowe lub nasilają wtórne objawy zaburzenia. Poza tym w oddziaływaniu w stosunku do dzieci i młodzieży z zespołem ADHD włącza się jeszcze trening umiejętności społecznych (MTA Cooperative Group, 2004). Badania pokazują, że oddziaływania te przynoszą umiarkowanie pozytywne rezultaty (Philipsen i in., 2015; He, Antshel, 2016).

Objawy ADHD pojawiają się na bardzo wczesnym etapie życia dziecka i mają ogromny wpływ na jego funkcjonowanie. Z tego względu bardzo ważne jest zrozumienie wczesnych doświadczeń dzieci z tej grupy. Dziecko rodzi się z pewnym zasobem własnych cech i tendencji do reagowania. Nie potrafi ich ocenić, porównać, nie zna innych sposobów działania. Kiedy w otoczeniu pojawia się ważny dla niego bodziec, to po prostu reaguje. Takie reakcje u dzieci z ADHD bywają niewłaściwe, zbyt gwałtowne, powodują zniszczenia czy straty. W ten sposób działa impulsywność, nadmierna aktywność i deficyty uwagi. Otoczenie natomiast widzi jedynie często negatywne skutki takich działań, które nie są poparte analizą, co wywołuje frustrację i negatywne emocje, te zaś wpływają na łatwiejsze karanie dziecka, bez zrozumienia przyczyn działania i bez tłumaczenia, jak w kolejnych krokach powinno się zachowywać. Jak widać, dzieci z ADHD często doświadczają niezrozumienia, braku sprawczości, nieadekwatnej samooceny, kształtują się u nich nieadaptacyjne kluczowe przekonania na temat siebie samego i świata (Lucke, Lam, Muller, Philipsen, 2017). Słowa wypowiedane przez dorosłych i stosowane przez nich kary, często bez dokładnego zaplanowania, dzieci z ADHD odbierają jako własną nieadekwatność. Objawy zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytami uwagi mają źródło w podłożu biologicznym, są czynnikiem ryzyka dla rozwoju dalszych nieadekwatnych zachowań oraz sposobów radzenia sobie i myślenia o sobie.

TERAPIA SCHEMATU W LECZENIU ADHD

Opisany wzorzec wzajemnego wpływu biologicznych podstaw i środowiska stanowi skomplikowaną sieć interakcji, które mogą się stale negatywnie wzmacniać. Interesującą odpowiedzią na skomplikowany układ wzajemnych zależności w rodzinie z dzieckiem z ADHD może być terapia schematu rozwinięta przez

Younga i współpracowników (Young, Klosko, Weishaar, 2014; zob. także: Arntz, van Genderen, 2017; Arntz, Jacob, 2018) wraz z jej późniejszymi adaptacjami do pracy z dziećmi, młodzieżą oraz ich rodzinami (Loose, Graaf, Zarbock, 2017). Zgodnie z założeniami terapii schematów podłożem pojawiania się symptomów psychopatologicznych jest frustracja podstawowych potrzeb, które można odnieść do podstawowych obszarów, takich jak więź, autonomia, uznanie i szacunek do samego siebie, zabawa, radość, przyjemność oraz spójność, przewidywalność (Grawe, 1998; Young i in., 2014). Rozwijając się, dziecko napotyka zadania rozwojowe, które dzięki własnym zasobom (czynnikiem ochronnym), ale również dzięki pomocy otoczenia jest w stanie rozwiązywać. W jego rozwoju pojawiają się jednak także obszary czy zadania, z którymi ze względu na własne deficyty (mogą to być czynniki biologiczne, jak np. ADHD) czy/i brak odpowiednich kompetencji otoczenia nie jest sobie w stanie poradzić. Takie sytuacje wywołują negatywne emocje, zarówno strach, smutek, złość, jak i wstyd. W sytuacjach kiedy emocje te są intensywne i powtarzają się z dużą częstotliwością, pojawia się tendencja do pewnego sposobu reagowania, mającego ochronić dziecko przed doświadczaniem intensywnych emocji. W taki sposób kształtują się style radzenia sobie. Są one rozumiane jako wrodzone reakcje pojawiające się w odpowiedzi na lęk (Zarbock i in., 2017). Na podłożu tych reakcji, wspomnień, doświadczeń poznawczych, emocji i reakcji fizjologicznych tworzą się schematy, które stanowią nieadaptacyjne reakcje w odpowiedzi na sytuacje budzące lęk. Pomagają one dziecku poradzić sobie i przetrwać w środowisku, które nie jest dla niego w pełni korzystne i nie pomaga mu poradzić sobie ze wszystkimi trudnościami. Aby to wytłumaczyć, warto odwołać się do rozwoju dziecka z ADHD. Obserwując jego rozwój, można zauważyć, że w związku z prezentowaną impulsywnością i nadaktywnością ma ono trudności w nawiązywaniu relacji z rówieśnikami. Bywa bowiem mniej dokładne, potrafi niszczyć rzeczy zrobione przez inne dzieci, ma kłopot z zastanowieniem się nad potrzebami innych. Przez swoją „niezgrabność” dziecko takie może stanowić obiekt żartów i dowcipów. Początkowo może być to niego nieprzyjemne, ale z czasem zaczyna ono zauważać, że będąc „żartownisem” czy „błaznem”, utrzymuje uwagę otoczenia. W efekcie zaczyna wykorzystywać uwagę innych, aby być częścią grupy. Nie spełnia to jego wszystkich oczekiwań, nie zawsze czuje się dobrze w takim środowisku, ale przynajmniej częściowo zaspokaja swoje potrzeby.

W ostatnich latach pojawiły się wyniki dwóch badań, które celem była analiza powiązań pomiędzy nieadaptacyjnymi schematami emocjonalnymi a ADHD. Zespół Miklosi ze współpracownikami (2016) zbadał grupę 240 dorosłych z objawami ADHD u osoby dorosłej (grupa nie była kliniczna, a cechy zespołu rozpoznawano na podstawie kwestionariusza). Na podstawie zebranych danych wykazano, że osoby uzyskujące wyższe wyniki na skali ASRS (ADHD Self-Report Scale) jednocześnie mają podwyższone wyniki w Kwestionariuszu Schematów Younga (YQS). Schematy, w których pojawiają się podwyższone wyniki, to: *izolacja społeczna, wa-*

dliwość/wstyd, porażka oraz *niedostateczna samokontrola i samodyscyplina*. Z kolei badania Philipsen i współpracowników (2017) przeprowadzone zostały w grupie klinicznej 80 osób, u której rozpoznano zespół ADHD na podstawie kryteriów DSM-IV. Osoby te nie ujawniały cech innych zaburzeń, takich jak uzależnienie, depresja czy zaburzenia lękowe. Do badań wykorzystano krótką skalę schematów Younga (Young Schema Questionnaire). W porównaniu do grupy kontrolnej osoby te uzyskiwały podwyższone wyniki dla wszystkich schematów oprócz *podatności na zranienie i zachorowanie*. Najsilniej zaznaczyły się skale dla schematów: *porażka, wadliwość/wstyd, podporządkowanie* i *depriwacja emocjonalna*. Schematy te opisują następujące trudności (Young i in., 2014; Arntz, van Genderen, 2017; Arntz, Jacob, 2018):

1) *porażka* – osoba z tym schematem jest przekonana, że w swoim życiu poniosła porażkę lub liczne porażki i że taka sytuacja będzie powtarzać się w przyszłości. Pojawia się u niej poczucie, że w porównaniu do innych osób jest całkowicie nieudolna w obszarze osiągnięć oraz jest głębsza od grupy, do jakiej się porównuje. Schemat ten powoduje obniżenie ambicji i podejmowanie się wyzwań, które są mniejsze niż faktyczne możliwości osoby, której dotyczą. W jaki sposób ten schemat kształtuje się u dzieci z ADHD? Otóż w związku z problemami z koncentracją i nadmierną impulsywnością mają one trudność w wysłuchaniu zadania do końca lub zapominają o jego szczegółach. Kiedy dziecko, nieraz mając pomoc rodzica, wykonuje zadanie bez pełnych instrukcji czy danych, wówczas popełnia zwykle błędy, nawet jeśli w jego rozwiązanie wkłada dużo wysiłku. Ponieważ w szkole oceniane są zwykle efekty, a nie starania, to pokazując w ten sposób rozwiązane zadanie, dziecko to doświadcza niepowodzenia, co z czasem, w toku podobnych doświadczeń, generalizuje się na inne sfery życia,

2) *wadliwość/wstyd* – osoba z tym schematem ma poczucie bycia nieważną, niechcianą, gorszą czy niepełnowartościową. Takim przekonaniom zazwyczaj towarzyszy uczucie lęku, że otoczenie zauważy, jaka ta osoba tak naprawdę jest i w związku z tym ją odrzuci. Ze schematem tym często wiążą się uczucia wstydu, zażenowania, lęku przed oceną. Osoba taka jest silnie samokrytyczna, porównuje się do innych i oczekuje odrzucenia. Takie przekonania u dziecka z ADHD tworzą się na podstawie doświadczeń związanych z poczuciem inności. W porównaniu do grupy dziecko takie bywa zbyt gwałtowne, zbyt mało skoncentrowane, zbyt ruchliwe, a to powoduje, że jest oceniane jako niedopasowane, odstające od grupy, przeszkadzające. Rzadko wskazuje mu się, w czym może być dobre, raczej doświadcza ono krytyki. Z czasem takie przekazy uogólniają się na różne sfery, tworząc poczucie niedopasowania,

3) *izolacja społeczna* – schemat ten wiąże się z poczuciem bycia innym, niepasującym do otoczenia. Dzieci z ADHD z uwagi na swoje zachowanie bardzo często odbierane są przez otoczenie, przede wszystkim rówieśnicze, jako przeszkadzające czy irytujące. Z tego powodu bardzo ciężko być im w pełni akceptowaną

częścią grupy. Tym samym starają się funkcjonować wśród swoich rówieśników, ale bardzo często doświadczają poczucia niepełnej akceptacji. Z czasem, nawet kiedy ich zachowania się zmieniają i potrafią nawiązać inne relacje z otoczeniem, wytwarza się u nich poczucie odrębności i wyalienowania,

4) *niedostateczna samokontrola i samodyscyplina* – podstawowym motywem tego schematu jest trudność z dyscypliną, długotrwałym, systematycznym zaangażowaniem się w wykonywanie nudnych czy rutynowych czynności. Zachowania związane z tym schematem powodują szybkie pojawianie się frustracji i sprzyjają trudnościom w osiągnięciu życiowych celów. Niedostateczna samokontrola wiąże się również z trudnościami w radzeniu sobie z doświadczanymi emocjami, pragnieniami i impulsami. Osoby często reagują nadmiarowo, zbyt intensywnie, nieadekwatnie do sytuacji,

5) *podporządkowanie* – motywem tego schematu jest nadmierne, często bezrefleksyjne poddawanie się kontroli, opinii, wyznaczonemu przez inne osoby kierunkowi działania. Zachowania, które uruchamia jednostka, są w związku z tym często sprzeczne z jej własnymi przekonaniem i potrzebami. Motywacją do takiego zachowania jest obawa o doświadczenie gniewu, bycia odrzuconym, ukaranym przez bliskie osoby. Konsekwencją takiego działania jest narastająca w jednostce tłumiona złość, która odreagowywana jest w nieadekwatny sposób – poprzez wybuchy gniewu bądź zachowania bierno-agresywne. Wtórnie powodują one ukaranie jednostki i stanowią potwierdzenie, że nie warto walczyć o własny sposób myślenia czy działania,

6) *deprywacja emocjonalna* – schemat ten wiąże się z poczuciem, że podstawowe potrzeby emocjonalne osoby nie zostaną zaspokojone przez otoczenie. Wiąże się to z przekonaniem, że nie zostanie ona wysłuchana, otoczona ciepłem i bliskością, że nie zasługuje na opiekę. Z tym schematem wiążą się też takie zachowania, jak niemówienie o doświadczanych trudnościach, przeżyciach czy przemyśleniach, które utrudniają otoczeniu zaopiekowanie się tą osobą. Taki schemat powstaje w efekcie interakcji z otoczeniem, które nie daje wystarczającej bliskości, wsparcia czy uwagi dziecku, co w przypadku dzieci z ADHD jest trudne, ponieważ są one stale aktywne, co łatwo wyczerpuje rodziców i powoduje, że w pewnym momencie nie są już oni zainteresowani zabawą z dzieckiem.

Powyższe schematy można zaobserwować już w dzieciństwie, ale utrzymują się one również w późniejszym okresie i mają tendencję do usztywniania się. Ważne jest zatem wczesne oddziaływanie na dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej, tak aby ich podstawowe trudności nie generalizowały się na pozostałe sfery funkcjonowania. W terapii poznawczo-behawioralnej uczy się rodziców reakcji, które mają wpłynąć na regulowanie zachowań dziecka. Taki sposób pracy z dzieckiem przynosi efekty (Antschel i in., 2011). Co ciekawe, trening ten pokazuje często nadmiernie uogólnione działania, co może powodować, że pomimo odpowiednich umiejętności rodzice reagują w sposób niedostosowany

do potrzeb dziecka. Z kolei w terapii schematu zwraca się uwagę na inny problem w interakcjach rodzic – dziecko. Dziecko i rodzice wnoszą do interakcji zarówno podatność na zranienie, swoje zasoby, jak i ograniczenia. To, jaką pomoc będą w stanie zaoferować rodzice swoim dzieciom, zależy w dużej mierze od tego, jaki temperament ma dziecko, a także od osobowości, dostępnych schematów oraz strategii radzenia sobie rodziców (Armour, Kröger, Zarbock, 2017). Z tego względu w terapii schematu ważna jest diagnoza schematów, które aktywują się u rodzica w interakcji z dzieckiem oraz schematów samego dziecka. Kiedy bowiem dziecko uaktywnia u rodziców dezadaptacyjne schematy i sposoby radzenia sobie z własnymi niezaspokojonymi potrzebami, wówczas dochodzi do wewnętrznego pomieszania roli zdrowego dorosłego w interakcji z dzieckiem. W zastępstwie tego zdrowego trybu mogą pojawić się tryby dezadaptacyjne, tj. tryb złościącego się dziecka czy karzącego rodzica. Do takiego pomieszania trybów i ról może dochodzić zwłaszcza w interakcji z dzieckiem, które jest szczególnie angażujące i wymaga większych umiejętności do stawiania granic, a tak właśnie jest w przypadku opieki nad dzieckiem z ADHD.

W pracy z dzieckiem z ADHD nad zmianą dezadaptacyjnych schematów terapeuta częściowo realizuje zadanie ograniczonego rodzicielstwa. W początkowym etapie stara się zaspokoić bezwarunkową troskę o dziecko, które doświadczając swoich objawów – impulsywności, nadmiernej aktywności i deficytów uwagi – może mieć trudność ze zrozumieniem i samodzielnym zauważeniem właściwych sposobów reagowania. Ważnym etapem jest pomoc w znalezieniu, a także we wskazaniu osób, które mogą umożliwić mu bezpieczne kontakty. Wreszcie terapeuta uczy dziecko zmiany postępowania wobec osób najbliższych oraz tego, by lepiej werbalizowało swoje potrzeby. Uczy je też szybszego dostrzegania i skuteczniejszego reagowania na frustrację. W ten sposób powoli koryguje się w terapii i zmienia zarówno schematy dziecka, jak i schematy działania rodziców w stosunku do dziecka (Graaf, Loose, 2017).

ZAKOŃCZENIE

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej jest zaburzeniem rozwojowym, którego objawy znacząco wpływają na funkcjonowanie dziecka i jego rodziny. Podstawowe objawy zaburzenia wpływają na interakcję z otoczeniem, kształtują postawy i reakcje osób z zewnątrz. Działanie dziecka oraz odpowiedzi na to działanie płynące z otoczenia powodują, że dzieci z ADHD uczą się niewłaściwych reakcji oraz tworzą przekonania o sobie i o świecie utrudniające im późniejsze właściwe funkcjonowanie. Z tego względu ważne jest szybkie włączenie odpowiednich oddziaływań, uczących zarówno dziecko, jak i jego otoczenie, przede wszystkim rodziców będących przewodnikami dziecka, właściwego radzenia sobie i działania przy objawach, które wynikają z zaburzenia dziecka.

Ciekawą propozycją jest terapia schematu. Podejście to pozwala na to, aby dziecko nie zostało postawione w roli jednostki, której wszystkie działania są nieadekwatne. W wyniku oddziaływań rodzice mogą zyskać przewodnik po własnych stanach emocjonalnych pojawiających się w interakcji z dzieckiem i dzięki właściwemu wglądowi we własne stany wewnętrzne mogą tłumaczyć dziecku, w jaki sposób się zachowywać, aby doświadczać pozytywnych wzmocnień. W efekcie takich doświadczeń zyskują i dzieci, i dorośli, którzy czując się pewniej w roli rodzica, mogą wzmacniać własne prawidłowe reakcje.

BIBLIOGRAFIA

- Antschel, K.M., Hargrave, T.M., Simonecsu, M., Kaul, P., Hendricks, K., Faraone, S.V. (2011). Advances in understanding and treating ADHD. *BMC Medicine*, 9(72).
DOI: <https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-72>
- Arcelus, J., Munden, A. (2008). *ADHD. Nadpobudliwość ruchowa*. Warszawa: Bellona.
- Armour, K., Kröger, S., Zarbock, G. (2017). Terapia schematów w przypadku niemowląt i małych dzieci. W: G. Loose, P. Graaf, G. Zarbock (red.), *Terapia schematów dzieci i młodzieży* (s. 65–92). Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Arntz, A., van Genderen, H. (2017). *Terapia schematów w zaburzeniu osobowości typu borderline*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Arntz, A., Jacob, G. (2018). *Terapia schematów w praktyce. Praca z trybami schematów*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Barkley, R.A., Murphy, K.R. (1998). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Clinical Workbook*. New York: Guilford Press.
- Calvert, F., Smith, E., Brockman, R., Simpson, S. (2018). Group schema therapy for eating disorders: study protocol. *Journal of Eating Disorders*, 6(1).
DOI: <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0185-8>
- Carter, J.D., McIntosh, V.V.W., Jordan, J., Porter, R.J., Douglas, K., ..., Joyce, P.R. (2018). Patient predictors of response to cognitive behavior therapy and schema therapy for depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(9), 887–897.
DOI: <https://doi.org/10.1177/0004867417750756>
- Coates, J., Taylor, J.A., Sayal, K. (2015). Parenting interventions for ADHD: a systematic literature review and meta-analysis. *Journal of Attention Disorders*, 19(10), 831–843.
DOI: <https://doi.org/10.1177/1087054714535952>
- Daley, D., van der Oord, S., Ferrin, M., Danckaerts, M., Doepfner, M., ..., Sonuga-Barke, E.J. (2014). Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(8), 835–847.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.05.013>
- Dobson, K.S., Dozois, K. (2001). Historical and philosophical bases of cognitive-behavioral therapies. W: K. Dobson (ed.), *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies* (s. 3–31). New York: Guilford.
- Faraone, S.V., Biederman, J. (2005). What is the prevalence of adult ADHD? Results of a population screen of 966 adults. *Journal of Attention Disorder*, 9(2), 384–391.
DOI: <https://doi.org/10.1177/1087054705281478>
- Faraone, S.V., Perlis, H., Doyle, A.E., Smoller, J.W., Goralnick, J.J., ..., Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1313–1323.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.11.024>

- Graaf, P., Loose, G. (2017). Terapia schematów w przypadku dzieci w wieku szkolnym. W: G. Loose, P. Graaf, G. Zarbock, *Terapia schematów dzieci i młodzieży* (s. 111–134). Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Grawe, K. (1998). *Neuropsychotherapie*. Bern: Huber.
- Harvey, E., Danforth, J.S., McKee, T.E., Ulaszek, W.R., Friedman, J.L. (2003). Parenting of children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): The role of parental ADHD symptomatology. *Journal of Attention Disorders*, 7(1), 31–42.
DOI: <https://doi.org/10.1177/108705470300700104>
- Hawke, L.D., Provencher, M.D. (2011). Schema Theory and Schema Therapy in Mood and Anxiety Disorders: A Review. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25(4), 257–276.
DOI: <https://doi.org/10.1891/0889-8391.25.4.257>
- He, J.A., Antshel, K.M. (2016). Cognitive behavioral therapy for attention-deficit/hyperactivity disorder in college students: a review of the literature. *Cognitive Behavioral in Practice*, 24(2), 152–173. **DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.03.010>**
- Jacob, G.A., Arntz, A. (2013). Schema therapy for personality disorders: A review. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6(2), 171–185. **DOI: <https://doi.org/10.1521/ijct.2013.6.2.171>**
- Kessler, R.C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C.K., ..., Zaslavsky, A.M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 716–723.
DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.4.716>
- Loose, G., Graaf, P., Zarbock, G. (red.). (2017). *Terapia schematów dzieci i młodzieży*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Lucke, C., Lam, A.P., Muller, H.H., Philipsen, A. (2017). New psychotherapeutic approaches in adult ADHD – acknowledging biographical factors. *Journal of Neurology & Neuromedicine*, 2(7), 6–10. **DOI: <https://doi.org/10.29245/2572.942X/2017/7.1138>**
- Miklosi, M., Mateo, O., Somogyi, K., Szabo, M. (2016). Adult attention deficit hyperactivity disorder symptoms, perceived stress, and well-being: the role of early maladaptive schemata. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(5), 364–369.
DOI: <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000472>
- MTA Cooperative Group. (1999). National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56(12), 1073–1086.
DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.12.1073>
- MTA Cooperative Group. (2004). National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study. Study of ADHD follow-up: 24-month outcomes of treatment strategies for attention deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 113(4), 754–761. **DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.113.4.754>**
- Nugent, K., Smart, W. (2014). Attention-deficit/hyperactivity disorder in postsecondary students. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 1781–1791.
DOI: <https://doi.org/10.2147/NDT.S64136>
- Ottenhof, K., Sild, M., Levesque, M., Ruhe, H., Booij, L. (2018). TPH2 polymorphisms across the spectrum of psychiatric morbidity: a systematic review and metaanalysis. *Neuroscience Biobehavioral Review*, 92, 29–42. **DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.05.018>**
- Philipsen, A., Heslinger, B., van Elst, L.T. (2008). Attention deficit hyperactivity disorder in adulthood: Diagnosis, etiology and therapy. *Deutsches Ärzteblatt International*, 105(17), 311–317.
DOI: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2008.0766>
- Philipsen, A., Jans, T., Graf, E., Matthies, S., Borel, P., ..., Tebartz van Elst, L. (2015). Effects of group psychotherapy, individual counseling, methylphenidate, and placebo in the treatment of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 72(12), 1199–210. **DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2146>**

- Philipsen, A., Lam, A.P., Breit, S., Lucke, C., Muller, H.H., Matthies, S. (2017). Early maladaptive schemas in adult patients with attention deficit hyperactivity disorder. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, 9, 101–111. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12402-016-0211-8>
- Polanczyk, G.V., Salum, G.A., Sugaya, L.S., Caye, A., Rohde, L.A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345–365.
DOI: <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Rowland, S.A., Lesesne, C.A., Abramowitz, A.J. (2002). The epidemiology of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): A public health view. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Review*, 8(3), 162–170. DOI: <https://doi.org/10.1002/mrdd.10036>
- Safren, S.A., Otto, M.W., Sprich, S., Winett, C.L., Wilens, T.E., Biederman, J. (2005). Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behavioral Research and Therapy*, 43(7), 831–842. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.07.001>
- Savolainen, J., Mason, W.A., Bolen, J.D., Chmelka, M.B., Hurtig, T., ..., Taanila, A. (2015). The path from childhood behavioural disorders to felony off ending: Investigating the role of adolescent drinking, peer marginalization and school failure. *Criminal Behavior and Mental Health*, 25(5), 375–388. DOI: <https://doi.org/10.1002/cbm.1931>
- Sonuga-Barke, E.J.S., Daley, D., Thompson, M. (2002). Does maternal ADHD reduce the effectiveness of parent training for preschool children's ADHD? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(6), 696–702.
DOI: <https://doi.org/10.1097/00004583-200206000-00009>
- Sun, X., Wu, Z., Cao, Q., Qian, Y., Liu, Y., ..., Wang, Y. (2018). Genetic variant for behavioral regulation factor of executive function and its possible brain mechanism in attention deficit/hyperactivity disorder. *Scientific Report*, 8(1), 7620. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-018-26042-y>
- Young, J.E., Klosko, J.S., Weishaar, M.E. (2014). *Terapia schematów. Przewodnik praktyka*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Zarbock, G., Loose, Ch., Graaf, P. (2017). *Terapia schematów w pracy z dziećmi i młodzieżą – podstawowe zagadnienia*. W: G. Loose, P. Graaf, G. Zarbock, *Terapia schematów dzieci i młodzieży* (s. 15–64). Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Zhang, L., Chang, S., Li, Z., Zhang, K., Du, Y., ..., Wang J. (2012). ADHD gene: A genetic database for attention deficit hyperactivity disorder. *Nucleic Acids Research*, 40(D1), 1003–1009.
DOI: <https://doi.org/10.1093/nar/gkr992>

ABSTRACT

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a disorder that affects 3.4–5% of school children. Its primary symptoms are excessive activity, impulsiveness and attention deficits. These symptoms are observed in behavior. They also cause the appearance of secondary symptoms, that affecting the overall functioning of the child, and later also an adult. The main and most frequently used form of treatment a group suffering from disorders is pharmacotherapy. It reduces the severity of the underlying symptoms. Most often, drugs are used only from school age. Until then, the child learns behavior and emotional patterns that are not favorable to him. Therefore, the most effective form of treatment is to combine drug therapy with psychotherapy. An interesting proposition that allows both parents and children to learn adaptive reactions is schema therapy. The first results of research have already appeared, they show what non-adaptive patterns appear in children with ADHD. Work-oriented interactions with properly identified non-adaptive patterns allow children in this group to grow up into healthy, self-confident persons.

Keywords: ADHD; attention deficit hyperactivity disorder; emotional patterns; schema therapy