



Anna Kaźmierczak-Mytkowska

**Dezadaptacyjne wzorce przywiązania
u dzieci i młodzieży z zespołem nadpobudliwości
psychoruchowej i zaburzeniami zachowania**

Rozprawa na stopień doktora nauk o zdrowiu

Promotor: Prof. dr hab. n. med. Tomasz Wolańczyk

Warszawski Uniwersytet Medyczny
Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego

Warszawa, 2017

Streszczenie

Współwystępowanie zaburzeń zachowania (ZZ) wśród dzieci i młodzieży z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD-Attention Deficit/Hyperactivity Disorder) szacowane jest na ok. 50%. Obecność obu zaburzeń stanowi poważne zagrożenie dla prawidłowego rozwoju nastolatka w sferze poznawczej, emocjonalnej i społecznej. Relacje rodzinne, w tym także wzorce przywiązania wytworzone w relacji z rodzicami, są często rozpatrywane jako grupa czynników potencjalnie wpływających na ekspresję i nasilenie objawów zaburzeń zachowania u nastolatków z ADHD.

Cele:

1. Dokonanie porównań w zakresie obrazu wymiarów przywiązania w grupie osób z rozpoznaniem ADHD, rozpoznaniem ADHD i zaburzeń zachowania oraz bez diagnozy psychiatrycznej;
2. Dokonanie porównań w zakresie funkcji systemu rodzinnego w grupie osób z rozpoznaniem ADHD, rozpoznaniem ADHD i zaburzeń zachowania oraz bez diagnozy psychiatrycznej;
3. Ocena wielkości związku pomiędzy obrazem więzi i jej kluczowych wymiarów a funkcją systemu rodzinnego w grupie osób z ADHD oraz grupie osób z ADHD i zaburzeniami zachowania

Material: W badaniu uczestniczyli pacjenci Oddziału Psychiatrii Wieku Rozwojowego Samodzielnego Publicznego Dziecięcego Szpitala Klinicznego oraz Poradni Nadpobudliwości Psychoruchowej w Warszawie w wieku 13-16 lat oraz ich rodzice: (1) Grupa ADHD/ZZ - osoby z rozpoznaniem ADHD i zaburzeń zachowania z towarzyszącymi zaburzeniami zachowania i (2) Grupa ADHD - osoby z rozpoznaniem ADHD bez towarzyszących zaburzeń zachowania. Grupę kontrolną (Kontrola) stanowili uczniowie warszawskich i podwarszawskiego gimnazjów i ich rodzice. Doboru do grupy kontrolnej dokonano w oparciu o kryteriów wieku i płci. Liczebność każdej z ocenianych grup wynosiła n=40 osób, łącznie przebadano n=120 osób.

Kryteria włączenia do grupy ADHD/ZZ oraz grupy ADHD oprócz kryterium rozpoznania potwierdzonego przez lekarza specjalistę psychiatrii dzieci i młodzieży i wieku dotyczyły wychowywania się w rodzinie biologicznej oraz wyrażenia zgody na udział w badaniu przez pacjenta i jego rodziców. Kryteria wyłączenia z grupy do grupy ADHD/ZZ oraz grupy ADHD: (1) wychowywanie się w rodzinie adopcyjnej lub zastępczej, (2) inne, niż zaburzenia zachowania, diagnozy psychiatryczne, w tym całościowe zaburzenia rozwoju, zaburzenia

psychotyczne, choroba efektywna dwubiegunowa, upośledzenie umysłowe, (3) wcześniejszy udział w terapii rodzinnej, (4) brak zgody na udział w badaniu pacjenta i/lub jego rodziców.

Kryteria włączenia do grupy kontrolnej: (1) brak korzystania obecnie i w przeszłości z opieki psychologicznej, psychiatrycznej i psychoterapeutycznej, (2) wiek 13-16 lat, (3) wychowywanie się w rodzinie biologicznej, (4) wyrażenie zgody na udział w badaniu przez ucznia i jego rodziców. Kryteria włączenia z grupy kontrolnej były takie same jak w grupach klinicznych.

Metoda: Po wyrażeniu zgody osoby badane wypełniały Kwestionariusz Przywiązania do Rodziców i Rówieśników (IPPA), Kwestionariusz Przywiązania do Rodziców (PBI) oraz Kwestionariusz Samooceny (KOR-S) z grupy Kwestionariuszy do Oceny Rodziny. Każdy z rodziców został poproszony o wypełnienie Kwestionariuszy Relacji Diadycznych (KRD/KOR) z Kwestionariuszy do Oceny Rodziny.

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. Wykorzystano analizę wariancji (ANOVA) z testem *post hoc* Tukeya, analizę regresji z jakościowymi zmiennymi niezależnymi, analizę kowariancji lub model różnych nachyleń. Siłę związku między zmiennymi jakościowymi określano przy użyciu V Cramera.

Wyniki:

1. Obraz przywiązania do matki i ojca w zakresie *zaufania*, *komunikacji* i *alienacji*, a także *troski* i *kontroli* w grupie ADHD/ZZ różni się istotnie od obrazu przywiązania w grupie kontrolnej. Badani z grupy ADHD/ZZ opisują znacząco mniej *zaufania*, *komunikacji* i *troski* w relacjach z matką i ojcem, a dużo więcej *alienacji* i *kontroli* w relacjach z matką i ojcem niż nastolatki z grupy ADHD. Wyniki uzyskane w grupie ADHD różnią się istotnie w odniesieniu do grupy kontrolnej tylko w części z opisywanych wymiarów przywiązania do ojca – w zakresie *zaufania*, *troski* i *kontroli*. Opisy istotnych wymiarów przywiązania do rówieśników w obu grupach klinicznych i kontrolnej różnią się istotnie, nie wykazano natomiast istotnych różnic w obrazie przywiązania do rówieśników pomiędzy grupą ADHD/ZZ i grupą ADHD.

2. Uzyskane średnie wyników pozwalają na identyfikację *lękowo-unikającego* stylu przywiązania do matki oraz ojca jako charakterystycznego dla grupy ADHD/ZZ, różne style przywiązania jako charakterystyczne dla grupy ADHD (największa liczba badanych określiła go jako styl *bezpieczny* w relacji z matką oraz *lękowo-unikający* w relacji z ojcem) oraz *bezpiecznego* jako dominującego w grupie kontrolnej. Z kolei w relacjach z rówieśnikami w grupie ADHD/ZZ oraz grupie ADHD dominuje styl *lękowo-unikający*, zaś w grupie kontrolnej różne style przywiązania.
3. Matki, ojcowie i nastolatki z grupy ADHD/ZZ gorzej oceniają wszystkie istotne aspekty funkcjonowania rodziny w porównaniu z grupą kontrolną. W grupie ADHD mniej korzystnie w odniesieniu do grupy kontrolnej są oceny matek i ojców dla wszystkich obszarów funkcjonowania rodziny oraz oceny nastolatków w wymiarze *Pełnienia ról*, *Emocjonalności*, *Afektywnego nawiązywania relacji* oraz *Kontroli*. Badani z grupy ADHD/ZZ i ich rodzice gorzej oceniają funkcjonowanie rodziny w odniesieniu do grupy ADHD: matki - we wszystkich opisywanych obszarach, nastolatki- w większości z opisywanych obszarów (poza wymiarem *Kontroli*), a ojcowie poza wymiarem *Emocjonalności*.
4. W grupie ADHD/ZZ najsilniejsze związki odnoszą się do istotnych wymiarów funkcjonowania rodziny- głównie *Afektywnego nawiązywania relacji*, *Wartości i norm*, *Komunikacji* i przywiązania *lękowo-unikającego* oraz relacji określanej jako *kontrola bez uczucia*. W grupie ADHD związki dla przywiązania *lękowo-unikającego* wykazano jedynie w odniesieniu do dwu wymiarów funkcjonowania rodziny w ocenie ojców (*Emocjonalność*, *Afektywne nawiązywanie relacji*) oraz dwu wymiarów w ocenie nastolatków w relacji z ojcem (*Wypełnianie zadań*, *Wartości i normy*). Ponadto w grupie tej wykazano istotne związki między przywiązaniem *bezpiecznym* i relacją określaną jako *relacja pozytywna* a istotnymi aspektami funkcjonowania rodziny (*Wartości i normy*, *Pełnienie ról*, *Kontrola* i *Afektywne nawiązywanie relacji*).

Wnioski:

1. Ważne wymiary obrazu przywiązania obecne w grupach klinicznych: u pacjentów z rozpoznaniem ADHD i zaburzeniami zachowania oraz pacjentów z rozpoznaniem ADHD różnią się istotnie od wymiarów przywiązania nastolatków z grupy kontrolnej.

Obraz przywiązania istotnie różnicuje także grupy kliniczne: pacjentów z rozpoznaniem ADHD i zaburzeniami zachowania od pacjentów z rozpoznaniem ADHD.

2. W grupie pacjentów z ADHD i zaburzeniami zachowania oraz pacjentów z ADHD w odróżnieniu od grupy nastolatków bez diagnozy psychiatrycznej, dominują pozabezpieczne wzorce przywiązania do rodziców oraz rówieśników (głównie lękowo-unikający).
3. Funkcjonowanie rodzin pacjentów z ADHD i zaburzeniami zachowania oraz rodzin pacjentów z ADHD istotnie negatywnie różni się we wszystkich lub większości badanych wymiarów w odniesieniu do rodzin osób bez diagnozy, przy czym funkcjonowanie rodzin pacjentów z ADHD i zaburzeniami zachowania można opisać jako bardziej nieprawidłowe niż rodzin pacjentów z ADHD.
4. Lękowo-unikające wzorce przywiązania w grupie pacjentów z ADHD i zaburzeniami zachowania pozostają w związku z gorszym, zwłaszcza z perspektywy nastolatka, funkcjonowaniem rodziny w większości z badanych wymiarów, ze szczególnym uwzględnieniem obszaru niskiego zaangażowania emocjonalnego oraz wartości i norm.
5. W grupie pacjentów z ADHD lękowo-unikający wzorzec przywiązania pozostaje w związku z gorszym funkcjonowaniem rodziny w pojedynczych wymiarach, zwłaszcza dotyczy to relacji nastolatek-ojciec.

Abstract

An estimated 50% of cases of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is comorbid with conduct disorders (CD). The simultaneous presence of both kinds of disorders can significantly impair the cognitive, emotional and social development of an adolescent. Factors which may modify the expression and intensity of symptoms of conduct disorder in adolescents with ADHD include family relationships and child-parent attachment its own patterns.

Objectives:

1. Assessment and comparison of attachment patterns in groups of participants with ADHD, ADHD+CD and without psychiatric diagnosis.
2. The comparison of functions of family system in groups of participants with ADHD, ADHD+CD and without psychiatric diagnosis
3. The assessment of size effect between attachment patterns and its key dimensions and the function of family system in groups of participants with ADHD, ADHD+CD and without psychiatric diagnosis.

Material : The study was performed on 80 patients of the Department of Child and Adolescent Psychiatry and Outpatient Hyperactivity Clinic aged 13-16 and their parents. Two clinical study groups comprised patients diagnosed with ADHD and conduct disorder (Group 1, n=40) and patients with ADHD without comorbidities (Group 2, n=40). The control group (adjusted by age and sex) was recruited from 40 students of Warsaw secondary schools and one secondary school located in Warsaw suburb. The inclusion criteria for clinical groups were: the diagnosis of ADHD or ADHD/CD made by child and adolescent psychiatrist, being raised by biological family and patient and parent signed written consent of participation. The exclusion criteria for clinical groups were: (1) being raised by foster family (2) the diagnosis of other comorbidities e.g. psychotic disorders, autism spectrum disorders, bipolar disorder and mental retardation (3) the participation in family therapy in the past (4) lack of parent or patient consent. The same exclusion criteria were applied to the control group. The inclusion criteria for the control group were: (1) no history of psychological, psychiatric or psychotherapeutical treatment (2) age between 13-16 years (3) being raised by biological family (4) parent and participant written consent of participation.

Method: The adolescent participants were asked to complete the Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA), Parental Bonding Instrument (PBI), Self Esteem Questionnaire (KOR-S) from the Family Assessment Questionnaires. All parents were asked to complete the Dyadic Questionnaire. (KRD/KOR).

Data analysis

Percent values were used in the presentation of nominal variables. Mean and standard deviation values were used in the presentation of continual variables. W Shapiro-Wilka test was used to verify the normal distribution with p value of 0,05 ($p < 0,05$). Variables with abnormal distribution were subject to logarithmic transformation. Leven's test was used to assess the equality of variances. Statistical methods included Analysis of variance (ANOVA) with post hoc Tukey test, regression analysis, covariance analysis or relative standard deviation model was used for independent nominal variables. V Cramer test was used to test the strength of association between two nominal variables.

Results:

1. Significant differences were observed between ADHD/CD group and control group in the perception of attachment to fathers and mothers in the following domains: *trust, communication, alienation, care and control*. ADHD/CD group reported less *trust, communication and care* in relationship with mother and father and much more *control and alienation*, compared to control group.

The results of ADHD group were only partly differed in relation to control group. The differences were observed in the attachment dimension of *trust, care and control* to fathers. Significant differences in the dimensions of attachment were observed between both clinical groups and control groups. No differences were found in the perception of peer attachment between ADHD/CD and ADHD group.

2. The mean results validate the identification of dominant *anxious-avoidant attachment style* to mothers and fathers in ADHD/CD group. No dominant attachment style was observed in ADHD group, yet the majority of subject reported *safe* attachment to mother and *anxious avoidant* attachment style to fathers. Safe attachment to both parents was

- observed in the control group. *Peer anxious-avoidant* style was observed in ADHD/CD and ADHD group. No dominant peer attachment style was observed in the control group.
3. Compared to the control group the perception of all aspects of family functioning in mothers, fathers and children in ADHD/CD group. Similar results were observed for parents in the ADHD group. Compared to control group, adolescents diagnosed with ADHD reported more problems in the family functioning in the following domains: *Role Performance, Emotionality, Affective Involvement and Control*. In comparison to ADHD group, both adolescents and their parents report worse family functioning with mothers reporting more problems in all domains, fathers reporting more problems in all domains except for *Emotionality* and adolescents reporting more problems except for *Control* domain.
 4. In ADHD/CD group the strongest relationships were observed in significant domains of family functioning such as *Affective Involvement, Values and norms, Communication, Control*. In the ADHD group the relationships corresponding with anxious avoidant attachment patterns were observed in fathers' perception of two domains of family functioning (*Emotionality* and *Affective Involvement*) and adolescent perceived relationship with fathers (*Task completion, Values and norms*). Furthermore, significant relationships were observed between safe attachment, positive relationship and other aspects of family functioning (*Values and norms, Role Performance, Control and Affective Involvement*).

Conclusions:

1. Differences have been observed in significant aspects of attachment between control and clinical groups. The illustration of attachment distinguishes further between ADHD and ADHD/CD group.
2. The dominant attachment patterns in ADHD and ADHD/CD group include *anxious-avoidant* to parents and peers.
3. Worse functioning of families was observed in clinical groups. The functioning of families of patients with ADHD/CD can be described as more disturbed in comparison to the functioning of patients with ADHD.

4. A relationship exists between adolescent perceived anxious-avoidant attachment pattern and family functioning in ADHD/CD patients with particular emphasis of low emotional engagement and values and norms.
5. A relationship exists between anxious avoidant attachment pattern and worse functioning of family in single domains, with particular emphasis on adolescent-father relationship.