

Manfred Mickley, Bodo Christian Pisarsky

KOMPLEKSOWA TERAPIA ZESPOŁU NADAKTYWNOŚCI Z DEFICYTEM UWAGI (ADHD) Z PERSPEKTYWY SYSTEMOWEJ*

THE COMPLEX THERAPY OF ADHD FROM THE SYSTEMIC PERSPECTIVE

Po przedstawieniu przeglądu doniesień na temat zespołu nadaktywności z deficytem uwagi (ADHD) autorzy wytaczają argumenty za perspektywą systemową celem pełniejszego zrozumienia powyższych zaburzeń. Tym samym przekonują czytelnika do rozszerzenia prowadzenia terapii ADHD poza dominujący współcześnie trend biologiczny w kierunku modelu biopsychospołecznego.

ADHD Systemic therapy

Summary: The authors of this review paper suggest the perception of ADHD as a diagnostic construct, which has its own place in the specific social-historical context. They shortly describe the criteria of the diagnostics of this disorder. They stress attention on the necessity of careful differential diagnoses. They present the current views on its aetiology and describe the most often used methods of ADHD treatment. The main part of the article deals with the presentation of systemic therapists' ideas on the genesis and the development of the ADHD symptoms and the therapeutic proposals based on them. The consequences of acceptance of medical-psychiatric paradigms for the therapy of the hyperactive child and his family are discussed. The authors draw the readers' attention to the value of integration of the biological and systemic way of thinking in therapy, especially in the aspect of various meanings connected with the child taking psychostimulant drugs.

Diagnozy jako konstrukty

Nowoczesna psychiatria wypracowała pewne konstrukty diagnostyczne, których przeobrażenia, także te związane ze zmianą paradygmatów, odzwierciedlają się wyraźnie we wciąż aktualizowanych systemach klasyfikacyjnych: ICD i DSM. Zaburzenia psychiczne w ICD-10 i DSM-IV nie są już, w przeciwieństwie do ICD-9, definiowane jako choroby psychiczne. Ich definicje powinno się traktować raczej jako rezultat pewnego kompromisu osiągniętego na gruncie fachowego dyskursu. Jako tego rodzaju konstrukty powinny być one zawsze widziane na tle kontekstu społeczno-historycznego. Zmiany definicji chorób opisywano już w przeszłości na przykładzie wielu jednostek psychiatrycznych. Choćby tak często rozpoznawana jeszcze w XIX wieku histeria straciła dziś już zupełnie swoją pozycję wśród chorób. Zaburzenia jedzenia z kolei weszły do diagnostyki psychiatrycznej tak naprawdę dopiero w latach sześćdziesiątych. Po doświadczeniach wojny w Wietnamie rozwinęła się koncepcja zespołu stresu pourazowego. Nawiązywała ona w jakimś sensie

* Oryginalna, niemiecka wersja artykułu ukazała się w: Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2003, z. 1; dostępna również w Internecie: www.kinderpsychiater.org/forum/for102/systemische-perspektive.htm

do często opisywanych jeszcze w czasie I wojny światowej ofiar „drżączki wojennej” oraz do opisanego po II wojnie KZ-syndromu. Diagnozy psychiatryczne stawiane są często bez wiedzy o specyficznej etiologii określonego zaburzenia. Na przykład konstrukt psychoz z kręgu schizofrenii zawiera w sobie rozmaite fenomeny biopsychospołeczne, ale nie kryje się za nim wiedza o ich specyficznej etiologii. W XX stuleciu duże znaczenie w psychiatrii dzieci i młodzieży uzyskał konstrukt ADHD. W ostatnich latach należy on do najczęściej rozpoznawanych zaburzeń w ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą. Także u dorosłych coraz częściej rozpoznaje się i leczy ADHD [por. 1].

ADHD a kontekst społeczny

Kiedy rozważa się to zaburzenie, nie wolno tracić z oczu kontekstu społeczno-histerycznego. Choć nie ma to może bezpośredniego związku przyczynowego, w ostatnim stuleciu dokonała się ogromna społeczna przemiana, na skutek której patriarchalny model rodziny tracił stopniowo w krajach uprzemysłowionych na znaczeniu. Rodziny z dziećmi z wcześniejszych związków, rodzice samotnie wychowujący dzieci, rozwody (np. w Niemczech rozwodzi się co trzecie małżeństwo), brak ojca w rodzinie, przelotne relacje pomiędzy ludźmi, a także związki partnerskie pomiędzy osobami tej samej płci stają się już dzisiaj właściwie normą społeczną. Nowe style życia, masowe migracje, a także sytuacja na rynku pracy z rosnącym bezrobociem wymagająca dużej elastyczności — wszystko to są ważne cechy naszej dzisiejszej społecznej rzeczywistości. W świecie zorientowanym na efektywność i zysk dzieci często postrzegane są jako przeszkoda i zbędne obciążenie. W Berlinie w roku 2000 dzieci miało zaledwie ok. 25% rodzin, często wychowywały się one bez rodzeństwa. W naszym dzisiejszym społeczeństwie czytelnym wcześniej rozdział pomiędzy pracą a domem czy mężczyznami a kobietami stopniowo ulega zatarciu, stąd dzieci i młodzież w coraz mniejszym stopniu mogą odnosić się do tradycyjnych wzorców i wartości. W tej sytuacji coraz więcej oczekiwań i odpowiedzialności przenosi się na szkoły i przedszkola. Nie są one jednak w stanie zastąpić rodzin w realizowaniu ich zadań wychowawczych. Zawężające się w ostatnich latach możliwości budżetów publicznych oraz plany oszczędnościowe przyczyniły się do pogorszenia ogólnej sytuacji szkół, a także do bardzo znacznej redukcji świadczeń w zakresie opieki nad młodzieżą. Utrata tradycyjnych wzorców szła w parze ze wzrostem poczucia niepewności wśród uczestników procesu wychowywania. Z drugiej strony rozwój społeczny naznaczony był niezwykle szybkim postępem technicznym. Telewizory i komputery stanowią dziś na ogół standardowe elementy wyposażenia pokoju dziecięcego i w decydujący sposób wpływają na sposoby spędzania wolnego czasu przez dzieci i młodzież. W nowoczesnej medycynie i związanych z nią naukach podstawowych zastosowanie znajdują nowe technologie otwierające zupełnie nowe perspektywy. Nowe zdobycze genetyki oraz nowe sposoby obrazowania i metody badawcze, jak PET i SPECT, czy też mikrodializa *in vivo* [2, 3, 4], dostarczyły neurobiologii nowych impulsów i zachwiały wcześniej głęboko zakorzoną w naszej filozofii medycyny dychotomią duszy i ciała.

Definicja ADHD

Zespół nadpobudliwości z deficytem uwagi uwzględniony został w obu ważnych systemach klasyfikacyjnych: ICD-10 oraz DSM-IV. Główne symptomy kształtujące obraz tego zaburzenia to deficyt uwagi, nadaktywność i impulsywność występujące w różnych

okolicznościach. Według kryteriów diagnostycznych zaburzenie powinno zacząć się przed 6. rokiem życia, a objawy winny być widoczne w sposób ciągły w co najmniej dwóch obszarach życia dziecka, jak np. rodzina, szkoła czy też w różnych sytuacjach, np. podczas badania. W DSM-IV grupa ADHD podzielona jest na trzy podtypy: z przewagą zaburzeń uwagi, z przewagą nadaktywności i impulsywności oraz podtyp mieszany. U młodzieży i dorosłych, którzy nie ujawniają już wszystkich koniecznych do rozpoznania objawów, diagnoza wg DSM-IV może być postawiona z dopiskiem: „w częściowej remisji”. ICD-10 rozróżnia proste zaburzenie aktywności i uwagi (F90.0), a także hiperkinetyczne zaburzenia zachowania (F90.1). W tym drugim przypadku muszą być spełnione nie tylko kryteria ADHD, ale również kryteria zaburzeń zachowania. Jeśli obok nadaktywności stwierdza się również iloraz inteligencji (IQ) mniejszy niż 50 oraz obecność stereotypii, powinno się rozpoznać zaburzenia hiperkinetyczne z upośledzeniem umysłowym i stereotypiami ruchowymi (F84.4). Zaburzenie uwagi bez nadaktywności powinno być kodowane wraz z innymi zaburzeniami, takimi jak np. obgryzanie paznokci, jako F98.8, czyli jako inne, określone zaburzenia zachowania i emocjonalne z początkiem w dzieciństwie i okresie młodzieńczym.

Rozpoznanie i diagnoza różnicowa ADHD

Jak dotąd, nie dysponujemy specyficznymi testami czy badaniami, które pozwalałyby na jednoznaczną i pewną diagnozę ADHD. Chodzi z reguły o diagnozę umieszczającą nasilenie występujących objawów na pewnej skali, a to, co nazywamy zespołem ADHD niejednokrotnie trudno odgraniczyć od normy albo też od zachowań towarzyszących innym zaburzeniom. Według wytycznych trzech niemieckich towarzystw zrzeszających psychiatrów dziecięco-młodzieżowych [5] do rozpoznania zaburzeń hiperkinetycznych potrzebne jest gruntowne zbadanie zarówno dziecka, jak i jego rodziców. Nieodzowny jest dokładnie zebrany wywiad. W procesie diagnostycznym przydatne są informacje o dziecku i ocena jego zachowania uzyskane ze szkoły lub przedszkola, a także obserwacja zachowania dziecka podczas badania lekarskiego i psychologicznego. W przypadku stwierdzenia podstawowych objawów zaburzenia takich, jak: nieprawidłowości w zakresie uwagi, brak koncentracji, nadaktywność, nieustanny i nasilony niepokój oraz impulsywność, powinno się podejrzewać ADHD. Należy przy tym wykluczyć, że objawy takie występują w związku z zażywaniem leków antyhistaminowych, przeciwastmatycznych, sterydów, fenobarbitalu czy też sympatykomimetyków. Trzeba wykluczyć także przyczyny organiczne takie, jak: padaczka, hipertyreoza, migrena i inne. Główne symptomy powinny być obecne już przed 6. rokiem życia i utrzymywać się co najmniej 6 miesięcy. Wykluczyć należy obecność innych zaburzeń psychicznych takich, jak: zaburzenia lękowe i afektywne, psychozy, zespół borderline, zaburzenia adaptacyjne, a także głębszych zaburzeń rozwoju w rodzaju autyzmu, zespołu Retta czy też zaburzenia dezintegracyjnego. Trzeba zbadać, czy nie mamy do czynienia z upośledzeniem umysłowym.

W przypadku, jeśli dodatkowo spełnione są kryteria zaburzeń zachowania, należy rozpoznawać hiperkinetyczne zaburzenia zachowania. Powinno się je przy tym odróżniać od zaburzeń opozycyjno-buntowniczych [por. także 6, 7, 9]. Niezbędne jest ustalenie częstości występowania objawów, ich intensywności oraz tego, w jakim stopniu zależą one od okoliczności zewnętrznych. Służą do tego odpowiednie kwestionariusze. Można się posłużyć

standaryzowanymi kwestionariuszami wypełnianymi przez obserwatora, a w przypadku młodzieży — także kwestionariuszami wypełnianymi przez samego pacjenta. W niemieckim obszarze językowym w powszechnym użyciu są VBV 3—6 dla dzieci w wieku przedszkolnym [9], CBCL, TRF i YSR, a także FBB-HKS i SBB-HKS. Jako uzupełniające mogą być używane testy do badania koncentracji i uwagi, np. d2, KVT, TAP, ZVT, TPK, DL-KE. Trzeba pamiętać, że prawidłowe wyniki testów badających koncentrację nie wykluczają wcale rozpoznania ADHD. Czasami zdarza się, że rodzice są w stanie wychwytać niepokojące cechy temperamentu już u dziecka w wieku niemowlęcym.

Ważne jest również uwzględnienie w procesie diagnostycznym możliwości występowania różnych zaburzeń towarzyszących, np. specyficznych zaburzeń rozwoju, dysharmonii w niektórych obszarach rozwoju, zaburzeń tikowych, włącznie z zespołem Gilles de la Tourette'a. Istotne jest rozpoznanie sytuacji rodzinnej pod kątem jakości relacji wewnątrzrodzinnych oraz stylu wychowywania. Dobrze jest poznać wyobrażenia dotyczące zaburzenia, a także oczekiwania związane z terapią zarówno samego dziecka, jak i poszczególnych osób dla niego znaczących. Informacje ze szkoły i przedszkola powinny dać nam pojęcie o jakości integracji pacjenta z grupą. Powinny też wskazać na ewentualne dodatkowe obciążające dla dziecka uwarunkowania, a także ujawnić, jak dalece nauczyciele i wychowawcy gotowi będą podjąć z nami w przyszłości aktywną współpracę. W przypadku dzieci w wieku szkolnym wskazane byłoby choćby orientacyjne badanie poziomu inteligencji. Jeśli istnieją problemy z nauką, należy przeprowadzić dokładne badanie wydolności intelektualnej, włącznie z testami w kierunku specyficznych zaburzeń rozwoju umiejętności szkolnych. U dzieci w wieku przedszkolnym celowa jest dokładna ocena ich rozwoju. Inne choroby o podłożu somatycznym, jak np. choroby tarczycy, można wykluczyć dzięki badaniom laboratoryjnym (np. oznaczenie poziomu TSH w surowicy). Odwoływanie się do obserwacji zachowania dziecka z wykorzystaniem techniki wideo uważane jest za kontrowersyjne. W każdym razie z pewnością nie może to być jedyne narzędzie diagnostyczne, z jakiego korzystamy [por. także 10, 11]. Przegląd problemów wynikających z różnych definicji i diagnostyk ADHD daje Wolff i wsp. [12], a także Heubrock i Petermann [13].

Modele etiologiczne i przebieg ADHD

We współczesnych dyskusjach nad etiologią ADHD podkreśla się szczególnie rolę czynników genetycznych. Przypuszcza się, że genetycznie uwarunkowane deficyty i uszkodzenia dotyczą zwłaszcza dróg czółowo-prążkowiowych. Zgodnie z aktualnie dominującą w psychiatrii orientacją biologiczną to właśnie przetwarzanie informacji w obrębie tych połączeń (katecholaminergiczne, a szczególnie dopaminergiczne) odgrywa ważną etiologiczną rolę. Zespół ADHD jest więc rozumiany jako zaburzenie rozwoju w zakresie procesów samosterowania i samokontroli. Przyjmuje się, że czynniki psychospołeczne w istotnym stopniu wpływają na przebieg zaburzenia. Hüther [14] oraz Hüther i Bonney [15] rozpatrują, odwołując się do wyników badań szczególnie podkreślających rolę neuroplastyczności w przetwarzaniu informacji u człowieka [por. też 16, 17], także taką możliwość, że tak licznie znajdowane u pacjentów z ADHD różnice neurobiologiczne mogą być rozumiane jako „wtórne dopasowanie układu nerwowego do zmienionych warunków użytkowania”. Birbaumer i Schmidt [18, s. 475] przestrzegają przed upraszczającymi teoriami, które

gotowe są uznawać jeden konkretny neuroprzekaźnik za czynnik sprawczy rozwoju „tak złożonego, na ogół wybitnie heterogennego zaburzenia zachowania”.

Dotychczasowe badania nad przebiegiem ADHD wskazują na tendencję do chroniczności i na ograniczone szanse na wyzdrowienie [por. także 1]. 30–60% dzieci dotkniętych zaburzeniem miało objawy także w wieku młodzieńczym. 1/3 pacjentów prezentowała obraz ADHD także w dorosłości. Nadaktywność i impulsywność mają przy tym większą niż zaburzenia uwagi tendencję do zmniejszania z czasem swego nasilenia [por. 19], przy czym według Haya i wsp. [19] jednym z istotniejszych predyktorów przewlekłego przebiegu ADHD jest obecność zaburzenia także u innych członków rodziny. Dzieci z ADHD mają bardzo często problemy z nauką i w ogóle z radzeniem sobie w szkole. Występują u nich częściej zaburzenia zachowania, nadużywają substancji psychoaktywnych, a w dorosłości są bardziej narażone na rozwój zaburzeń osobowości typu antyspołecznego [8].

Leczenie ADHD

Według dzisiejszego stanu wiedzy leczenie ADHD powinno być prowadzone wielokierunkowo (w modelu biopsychospołecznym), z reguły ambulatoryjnie. Znajdują w nim zastosowanie także inne poza psychofarmakologicznymi strategię terapeutyczne. Za leki pierwszego rzutu uchodzą psychostymulanty, szczególnie methylphenidat (Ritalin, Medikinet, Equasym). Stosunkowo rzadziej stosuje się D-amfetaminę albo racemat D- i L-amfetaminy. W tym przypadku działanie leku trwa dłużej o 4 do 5 godzin niż działanie methylphenidatu. Średnia dawka terapeutyczna to 0,15 do 0,4 mg/kg masy ciała. Maksymalna dzienna dawka nie powinna przekraczać 60 mg. Pemolina (Tradon) z powodu ryzyka uszkodzenia wątroby może być stosowana jedynie w wyjątkowych wypadkach i przy uwzględnieniu koniecznych środków bezpieczeństwa.

W ostatnim dziesięcioleciu mieliśmy do czynienia z prawdziwym zalewem publikacji na temat ADHD. Równolegle znacząco zmieniała się praktyka w zakresie przepisywania methylphenidatu. W roku 1990 leczonych methylphenidatem było około 2580 dzieci, jeśli za podstawę wliczeń przyjmą dzienną dawkę 20 mg stosowaną przez 150 dni. Schubert i wsp. [20] wliczyli, że przy przyjęciu hipotetycznie zdefiniowanej średniej dziennej dawki (DDD) 30 mg methylphenidatu daje się zauważyć znaczący wzrost częstości ordynowania tego leku. Jeśli za punkt odniesienia przyjmą kolejny, czyli 1991 rok, to okaże się, że lek zapisywany był około dwudziestokrotnie częściej. Rozpoznanie ADHD nie powinno prowadzić do leczenia farmakologicznego (przeważnie methylphenidat albo D-L-amfetamina) automatycznie, ale dopiero przy istotnym zagrożeniu jakości społecznego funkcjonowania dziecka. Początki leczenia stymulantami w USA sięgają roku 1937. W Niemczech Ritalin obecny jest na rynku od roku 1954. Od początku lat siedemdziesiątych leczenie stymulantami rozpowszechniało się coraz bardziej także w Niemczech [por. 20, 21, 22, 23, 24]. Leczenie farmakologiczne stosuje się również coraz częściej u dzieci w wieku przedszkolnym, szczególnie w USA [por. 25].

Angold i wsp. [26] zastanawiają się, czy za wzrostem częstości zapisywania methylphenidatu stoi rzetelne, oparte na obowiązujących kryteriach (patrz wyżej) diagnozowanie. Ustalili oni w swoich badaniach, że liczba dzieci przyjmujących methylphenidat ponaddwukrotnie przekracza liczbę dzieci, które otrzymały prawidłową diagnozę ADHD. Leki te są więc w dużej mierze ordynowane innej niż docelowa (czyli pacjenci z ADHD) grupie

osób. Przeciętny okres leczenia stymulantami wynosi około 3 lat [26]. Mechanizm działania stymulantów nie został do dzisiaj w pełni wyjaśniony. Istnieją wyraźne regionalne różnice częstości zapisywania tej grupy leków. Leczenie stymulantami powinno być zawsze stosowane świadomie, odpowiedzialnie, przy rzetelnie prowadzonej dokumentacji. Warto pamiętać, że pozytywne, poprawiające wydolność dziecka efekty terapii stymulantami nie są specyficzne dla ADHD. Stwierdza się je także u dzieci bez objawów tego zaburzenia [por. 27, 28, 22; najnowszy, zbiorczy przegląd w: 29, s. 320 i n.]. Nie chodzi tu jednak bynajmniej o generalną argumentację przeciwko leczeniu farmakologicznemu omawianego zaburzenia. Decyzja o odstąpieniu od niego też w końcu może mieć swoje „działania niepożądane”. Chodzi raczej o poszerzenie możliwości funkcjonowania dotkniętych tym zespołem pacjentów oraz ich rodziców. Znaczącą rolę ma w tym miejscu do odegrania podejście terapeutyczne zorientowane systemowo.

Ważnymi uzupełniającymi sposobami postępowania mogą być także interwencje o charakterze psychoedukacyjnym takie, jak: wyjaśnianie, poradnictwo i trening umiejętności rodzicielskich. Użyteczne mogą być także: terapia rodzinna, techniki behawioralne, terapia poznawcza, włącznie z treningiem samokontroli, team reflektujący, wreszcie interwencje na terenie szkoły i przedszkola. Czasem skuteczne może okazać się leczenie dietetyczne w formie diety niskoantygenowej. Z kolei dieta ubogofosforanowa współcześnie nie jest już stosowana. Zaburzenia współistniejące z ADHD mogą być leczone z wykorzystaniem treningu umiejętności społecznych, psychoterapii indywidualnej i grupowej, psychoterapii zorientowanej na wgląd, terapii behawioralnej, technik niedyrektywnych (nastawionych na towarzyszenie), a w przypadku specyficznych zaburzeń rozwoju umiejętności szkolnych — za pomocą technik ćwiczeniowych. Uważa się, że skuteczność metod niedyrektywnych oraz zorientowanych na wgląd jako wyłącznej metody leczenia nadaktywności jest wątpliwa [por. także 30]. W oficjalnych wytycznych leczenia schorzeń psychicznych u dzieci i młodzieży metody te traktowane są wręcz jako niepotrzebne. To samo dotyczy różnych form terapeutycznych zajęć ruchowych, gimnastyki leczniczej i ergoterapii. Także skuteczność metod relaksacyjnych, jak np. treningu autogennego, technik zmniejszających napięcie mięśniowe, biofeedbacku, nie została wystarczająco dowiedziona. Również i możliwości tkwiące w leczeniu homeopatycznym nie są zbyt obiecujące. Należy przy tym zaznaczyć, że wybór środka homeopatycznego dokonuje się w gruncie rzeczy na podstawie oceny typu konstytucjonalnego.

Diagnozy psychiatryczne i ADHD z systemowego punktu widzenia

Niezwykłemu zalewowi publikacji nt. ADHD podchodzących do zagadnienia głównie od strony neurobiologicznej i farmakologicznej przeciwstawić można jedynie nieliczne publikacje zajmujące się tym zespołem z perspektywy systemowej. Wielu autorów związanych z podejściem systemowym negowało wcześniej samo istnienie zaburzenia hiperkinetycznego. Inni z kolei generalnie odnosili się niechętnie do wszystkich medycznych, a szczególnie psychiatrycznych diagnoz, kładąc nacisk na ich negatywne oddziaływanie. Karl Tomm [31] ostrzegał w swoim artykule *DSM — Criticism* przed etykietującym wpływem psychiatrycznego systemu klasyfikacyjnego. Harlene Anderson krytykowała diagnozy psychiatryczne mówiąc w związku z tym wręcz o „tyraniu diagnozy” [32]. W obrębie literatury systemowej znajdziemy liczne doniesienia nt. sukcesów leczniczych,

które osiągnięto wykluczając rozpoznania psychiatryczne [patrz np. 33]. W Calgary Karl Tomm podjął wraz ze swoimi współpracownikami próbę stworzenia nowego systemu diagnostycznego w stosunku do DSM. Zamiast zaburzeń psychicznych analizuje się tam wzorce interakcji międzyludzkich mogące mieć wpływ leczniczy bądź też chorobotwórczy. Inni autorzy z kolei widzą medyczne i psychiatryczne diagnozy jako użyteczne instrumenty rozwoju hipotez i interwencji [por. 34].

Dyskurs medyczny jest z systemowej perspektywy oceniany przeważnie krytycznie, a główna teza krytyki zwraca się przeciwko dominującemu, biologicznemu sposobowi rozumowania, który poprzez stawianie diagnoz prowadzi do patologizacji zachowań postrzeganych w socjokulturowym kontekście naszego społeczeństwa jako wyróżniające się i niedostosowane. Oto najważniejsze zarzuty wg Law [35]: 1 — medyczna diagnoza ADHD patologizuje zachowanie i prowadzi w gruncie rzeczy do stawiania zarzutów matce i do infantylizacji będącego pacjentem dziecka; 2 — rozpoznanie doprowadza do uznawania każdej osoby, której dotyczy, za chorą i poprzez to do zwolnienia jej z odpowiedzialności za swoje zachowanie; 3 — biologiczna hipoteza nierównowagi chemicznej w mózgu odwraca uwagę od istotnych z punktu widzenia społecznego zjawisk związanych z nadużyciem i przemocą; 4 — każda diagnoza zaburzenia psychicznego opisuje i jednocześnie tworzy deficyty, które zawsze są powodem etykietowania; 5 — jednostka zawsze ustawiana jest poprzez diagnozę w pozycji pasywnej, ponieważ chodzi przecież o problem natury patofizjologicznej i organicznej; 6 — nie osoba, ale lek staje się narzędziem kontroli; 7 — problem jest tym samym lokalizowany w mózgu, a nie w kontekście psychospołecznym; 8 — rozwój własnej odpowiedzialności i odkrywanie osobistych rezerw i zdolności ulegają przez to na ogół zahamowaniu.

Ludewig [36, 37] postrzega zaburzenie hiperkinetyczne jako fenomen interakcyjny i ostrzega przed skrajnościami w myśleniu o nim, które redukują je do zjawiska medycznego albo przeciwnie — normatywnego w sensie społecznym. Ważne jest, żeby terapeuci przyjmowali wobec swoich klientów i ich krewnych postawę szacunku i akceptacji. Diagnostyka oparta na terminach psychopatologicznych redukuje zjawisko interakcyjne do kategorii, które odpowiadają medycynie somatycznej, odwołującej się do przyrodoznawstwa. Diagnoza zaburzenia hiperkinetycznego zawiera znaczącą dawkę etiopatologicznej niepewności i raczej nieznaczną swoistość. Stawianie rozpoznania ma jednak sens tylko wtedy, kiedy może ono w jakiś sposób posunąć leczenie do przodu. Diagnoza taka opisywałaby, w jaki sposób czynniki związane z rodziną i innymi instytucjami mogą kształtować rozumiane w modelu interakcyjnym zachowanie dziecka. Hiperaktywność nie jest fenomenem samym w sobie, ale powstaje „w punkcie przecięcia się świata dziecka z jego społecznymi światami”, a dodatkowo tworzy się „na oczach obserwatora”. Voß [38] „demaskuje” hiperaktywność jako mit i ujmuje ją jako „uzewnętrznienie zaburzeń relacji”. Jego linearny model myślenia opisujący „patologię relacji” jest jednak naszym zdaniem na ogół mało pomocny w terapeutycznym settingu [por. także 8, 39, 40]. Bonney [41, 42] powołuje się na „biologiczno-społeczny model systemowy”, uwzględniający neuroplastyczność mózgu i wychodzi w swoich rozważaniach od hipotezy mówiącej, że dzieci z ADHD reagują w przeważającej mierze na bodźce dotykowo-kinestetyczne. Zaznacza przy tym, że dzieci z ADHD już od 3. r.ż. są nieposłuszne i podejmuje próby odstępowania od leków dzięki zmianie wzorców komunikacyjnych. Powodzenie systemowej terapii dziecka czy

też rodziny nie jest możliwe bez uwzględnienia tych „specyficznych wewnątrz- i między-jednostkowych utrudnień w percepcji i komunikacji” [48, s. 394]. Bonney wykorzystuje w swoim nastawionym na współpracę i terapię rodziny podejściu elementy psychoedukacyjne i behawioralne. Akcentuje też znaczenie interwencji prewencyjnych. Stosowanie stymulantów ocenia krytycznie i w znacznym stopniu od nich odchodzi.

Everett A. i Everett S. [43] opowiadają się za postrzeganiem ADHD w ramach szerzej zarysowanego obrazu rodziny. Wzajemne nastawienia i reakcje dziecka z ADHD i reszty rodziny „wpływają zarówno na zakres, w jakim rozwijają się objawy, jak i na stopień ciężkości potencjalnych współistniejących zaburzeń” (s. 96, przekład autorów). W ramach takich założeń autorzy rozwijają strukturalnie zorientowany model postępowania w terapii rodzin, który może towarzyszyć stosowaniu leków, nie formułują jednak jakiegось specyficznego systemowego rozumienia ADHD.

W nowszej pracy Burmeistera [44] podchwyczone zostały elementy interakcyjnego widzenia ADHD przez Ludwiga. Wskazano tam też problematyczne „diabelskie kręgi interakcji” pomiędzy dzieckiem z ADHD a w szczególności jego rodzicami. Praca poleca w terapii ADHD „pełne rozumienia towarzyszenie”, postrzeganie hiperaktywności jako wysiłku w kierunku samokontroli. Postawa taka ma „wraz z poszerzającym się rozumieniem [...] wnieść do relacji element odciążenia” (s. 186). Systemowy punkt widzenia Burmeistera zdecydowanie odcina się od podejścia medyczno-biologicznego i wyklucza właściwie możliwość budowania dialogu z tak odmiennym sposobem myślenia.

W jaki sposób terapia systemowa może przyczynić się do leczenia ADHD?

W psychiatrii dzieci i młodzieży „idee systemowe” były od początku ważnym składnikiem całościowego sposobu myślenia. Z natury rzeczy wynika, że im młodsze są dzieci, które trafiają do psychiatrii dziecięco-młodzieżowej, tym mocniej zaangażowani są w leczenie ich rodzice. Dzieci i młodzież postrzegane są nie tylko jako część rodziny, ale też i jako członkowie innych ważnych kontekstów społecznych, tworzących się w przedszkolach, szkołach, świetlicach, na placach zabaw. W szczególności właśnie dla dzieci z ADHD rozwinięte zostało kompleksowe podejście terapeutyczne, które umożliwia uwzględnienie złożonych zależności biopsychospołecznych oraz akcentuje potrzebę współpracy z innymi instytucjami, jak np. szkoła i przedszkole. Stanowisko psychiatrii społecznej promuje tworzenie wieloprofesjonalnych teamów oraz zróżnicowanych planów terapeutycznych z zaangażowaniem wszystkich ważnych instytucji i systemów pomocowych. W warunkach współpracy wielospecjalistycznej bardzo pomocne może się okazać zastosowanie techniki teamu reflektującego (reflecting team) Toma Andersena [45]. Dzieci, młodzież i rodziców traktuje się jako ekspertów w sprawach rodziny. Rozmowa psychiatrii dziecięco-młodzieżowej, psychologa i członków rodziny rozumiana jest jako dialog ekspertów. W trakcie konstruktywnej rozmowy codzienne doświadczenia relacjonowane przez rodzinę spotykają się z fachowymi ustaleniami psychologa i psychiatrii tworząc platformę wspólnego poszukiwania, nawiązujących do zasobów rodziny, hipotez i rozwiązań. Pytania cyrkularne, a także stawianie pod znakiem zapytania prawd rzekomo niepodważalnych wraz z poszukującą, opartą na ciekawości i szacunku, postawą często mogą ten proces znacząco przyspieszyć [46, 47, 48]. Także niektóre nowsze podejścia, relacyjne i związane z konstrukcjonizmem społecznym, w których centrum zainteresowania jest relacyjność, rozmawianie ze sobą, komunikowanie się, gotowość do słuchania, sposób odnoszenia się

do siebie, wspólne działanie — sprawdziły się w zetknięciu z problematyką osób dotkniętych ADHD. Terapię i leczenie traktuje się tu jako proces oparty na dialogu. Proces ten zakłada wzajemne rozumienie się. Reflektowanie połączone z zaangażowaniem w relację oraz twórcze rozumienie mogą pomóc w przewyciężaniu granic, także tych istniejących w języku oraz we wzmacnianiu samozaufania i posiadanych kompetencji [por. 49].

W podejściu strukturalnym punktem odniesienia są rodzinne wzorce interakcji, podobnie jak u przedstawicieli koncepcji behawioralnych [por. 6]. Odgrywają one szczególnie ważną rolę w przypadku współistniejących zaburzeń, takich jak zaburzenia zachowania czy opozycyjno-buntownicze [por. 8, s. 154]. Punkt widzenia przypisujący rodzicom winę za problemy ich „trudnych” dzieci powinien ustąpić miejsca bardziej wyważonej i zindywidualizowanej ocenie rodzicielskiej odpowiedzialności. W ten sposób najłatwiej uniknąć różnorodnych „psychoterapeutycznych zafałszowań” w leczeniu hiperaktywnych dzieci [por. 50, s. 393].

Koncepcja choroby lub zaburzenia zwanego ADHD i związana z tym ściśle kwestia leczenia farmakologicznego stawały się często kwestiami kluczowymi w dyskusjach nad tym zagadnieniem. Dawniej stanowisko w tych sprawach wynikało ze z góry przyjmowanych granic i profilu określonej koncepcji. Krytyczne uwagi i zastrzeżenia teoretyków i praktyków systemowych odnosiły się do pozornie obiektywnych, skostniałych jednostek diagnostycznych. Podawano w wątpliwość, czy tego typu koncepcje choroby mogą pomóc zdjąć ciężar winy, czy też nadmiernej odpowiedzialności, z zainteresowanych osób. Jako „odwrotna strona tego odciążenia od winy” pojawiała się poczucie bezradności [por. 51]. Sztywne koncepcje choroby ogólnie postrzegano jako przeszkodę na drodze do uzyskania bardziej interakcyjnego rozumienia. Tak ostre przeciwstawienie: albo koncepcja choroby i leki, albo koncepcja interakcyjna i wraz z nią psychoterapia, nie wydaje się już dziś czymś adekwatnym. Johnston i wsp. [52] podają na przykład, że podczas leczenia dzieci hiperaktywnych metylphenidatem obserwuje się efekty wychodzące poza czysto farmakologiczne mechanizmy działania. Matki leczonych dzieci miały korzystniejsze wzorce atrybucyjne. Pozytywne wzorce zachowania dziecka przypisywały one w większym stopniu wewnętrznym pobudkom i uważały je za ciągłe i stabilne. Pelham i wsp. [24] zauważyli podobne wzorce atrybucyjne u dzieci.

Decydujący krok zostanie zrobiony, kiedy należne docenienie wagi rodzinnych wzorców interakcji jeszcze mocniej utrwali się w świadomości rodziców, dzieci i młodzieży. Pomocne może tu być świadome eksternalizowanie pojęcia choroby. Mogą tu pomóc choćby dostosowane do wieku dziecka metafory (por. np. historię o dopie i serotoninie [w: 53]). Metody treningowe dla rodziców, np. nagrane na wideo analizy interakcji, mają na celu rozwijanie jeszcze większej wrażliwości na ważne parametry interakcyjne. Chodzi tu o pewniejsze prowadzenie dziecka przez rodziców, czytelne, nie dewaluujące i możliwie precyzyjne stawianie granic, wzmacnianie go, okazywanie mu wsparcia i szacunku. Kompetencje terapeuty behawioralnego i techniki systemowe mogą się tu znakomicie uzupełniać. Spitzok von Brisinski [54] traktuje psychofarmakoterapię jako ważny element systemowej perspektywy. Z jednej strony zwraca uwagę na niebezpieczeństwo zakłócenia tożsamości i kontroli przez zażywane środki psychofarmakologiczne, z drugiej jednak — wskazuje, że leki mogą zwiększać odpowiedzialność pacjenta za własne zachowanie. Psychofarmakoterapia ADHD nie ma zastępować psychoterapii, ale może — prawidłowo

stosowana — być jej istotnym, pomocnym dopełnieniem, które samo w sobie zakłada, że równolegle rozwijane są inne niezbędne metody postępowania.

Diagnoza ADHD może być postrzegana także jako odciążenie i szansa. Jednocześnie otwiera ona zainteresowanym osobom możliwość zrobienia czegoś dla „zdrowienia”. Każda zastosowana metoda postępowania uwzględnia zawsze poziom interakcyjny. Przykładowo, w przypadku, gdy rodzina decyduje się na stosowanie diety, decyzja ta ma nie tylko pokarmowe i biochemiczne konsekwencje dla organizmu. Zmusza ona do zmian w planowaniu dnia codziennego. Z reguły inni członkowie rodziny także są tu pośrednio i bezpośrednio zaangażowani i starają się trzymać zaleceń dietetycznych, planować i robić odpowiednie zakupy. Ponieważ długotrwale przestrzeganie diety nie jest bynajmniej proste, powstają wspólne plany, żeby sprostać wyzwaniu.

Metoda wykorzystująca istniejące w rodzinie interakcje jest skuteczna, kiedy wszyscy jej członkowie są gotowi, żeby aktywnie uczestniczyć w jej realizacji. Leczenie farmakologiczne z zasady wymaga zadeklarowania zgody przez opiekunów i samo dziecko. Tak więc już na samym początku takiego leczenia powstaje coś w rodzaju rodzinnego konsensusu. Dokładna informacja o sposobie działania leku i skutkach niepożądanych oraz jego regularne zażywanie prowadzą do tego, że dzień wypełnia się nowymi rytuałami i nawykami, które korzystnie wpływają na zachowanie. Z powodu relatywnie krótkiego okresu półtrwania methylphenidatu często wymagane jest drugie w ciągu dnia przyjęcie leku, zwykle podczas zajęć szkolnych, późnym przedpołudniem. Z reguły jest to przez rodziców omawiane z nauczycielem, a czasem także przez niego nadzorowane. Wymagane przed rozpoczęciem leczenia badania diagnostyczne (m.in. EEG, EKG, badania laboratoryjne) kierują uwagę dziecka na siebie samego, a także uwagę rodziców i otoczenia na dziecko. Można by je traktować jako szczególną formę obdarzania zainteresowaniem. Po rozpoczęciu terapii stymulantami następuje seria częstych wizyt kontrolnych, służących dobraniu właściwego dawkowania. W tym okresie zachęca się rodziców do pozostawiania w ścisłym kontakcie z nauczycielami. Wiedza o tym, że dziecko zażywa lek często prowadzi do tego, że zaczyna być ono uważniej obserwowane. Tak więc do pozytywnej zmiany zachowania mogą się przyczyniać nie tylko biochemiczne zmiany w mózgu, ale także większa troska i zainteresowanie okazywane dziecku, a więc aspekty interakcyjne, związane z poprawą kontaktu, odpowiedzialne za większą część tzw. efektu placebo. Perspektywa systemowa przyczynia się do przewyciężania pułapek w myśleniu i pomaga budować twórczy, oparty na refleksji i dialogu, kontakt. Użyteczna jest tutaj gotowość do odstąpienia od wielu różnych dogmatycznych założeń w rodzaju „byle nie leki” czy też „tylko połączenie leków i terapii behawioralnej”. Pomocne w rozerwaniu tego typu nakładanych samemu sobie kajdanów może być odwołanie się do „estetycznego” i „etycznego” imperatywu: „jeśli chcesz naprawdę poznać — ucz się działania” oraz „działaj zawsze tak, żeby rosła liczba możliwości” [55, s. 49].

Piśmiennictwo

1. Adam C i in. Der Verlauf von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) im Jugend- und Erwachsenenalter. *Kindheit und Entwicklung* 2002; 11: 73–81.
2. Hamani C i in. Microdialysis in the human brain: Review of its applications. *Neurol. Res.* 1997; 19: 281–288.

3. Pott W. Apparative Untersuchungen und Laboruntersuchungen. W: Remschmidt H, red. Kinder- und Jugendpsychiatrie. Stuttgart: Thieme Verlag; 2000.
4. Westerink BHC Brain microdialysis and its applications for the study of animal behavior. *Behav. Brain Res.* 1995; 70: 103–124.
5. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie; Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie; Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hg.). Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2000.
6. Döpfner M, Schürmann S, Lehmkuhl G, Wackelpeter und Trotskopf. Weinheim: Beltz PVU; 2000.
7. Waldmann ID i in. Causes of the overlap among symptoms of attention deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder and conduct disorder. W: Levy F, Hay DA red. *Attention, genes and ADHD.* East Sussex: Brunner-Routledge; 2001, s. 115–138.
8. Barkley RA. *Attention-deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment.* New York: Guilford; 1998.
9. Döpfner M i in. VBV 3–6. Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder. Weinheim: Beltz Test GmbH; 1993.
10. Kühle HJ i in. Kurze videounterstützte Verhaltensbeobachtung von Blickkontakt, Gesichtsausdruck und Motorik zur Diagnostik des Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätssyndroms. *Praxis der Kinderpsychol. und Kinderpsychiatr.* 2001; 50: 607–621.
11. Kühle HJ. Kurze videounterstützte Verhaltensbeobachtung von Blickkontakt, Gesichtsausdruck und Motorik zur Diagnostik des Aufmerksamkeitsdefizit/ Hyperaktivitätssyndroms (ADHS). *ADHS Report* 2002; , 3: 6–8.
12. Wolff G i in. Zum spezifischen Verhaltensmuster beim Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS)/Hyperkinetischen Syndrom HKS. W: Skrodzki K, Mertens K, red. *Hyperaktivität. Aufmerksamkeitsstörung oder Kreativitätszeichen.* Dortmund: Borgmann; 2000.
13. Heubrock D, Petermann F. *Aufmerksamkeitsdiagnostik.* Göttingen: Hogrefe; 2001.
14. Hüther G. Kritische Anmerkungen zu den ADHD-Kindern beobachteten neurobiologischen Veränderungen und den vermuteten Wirkungen von Psychostimulanzien (Ritalin). *Analyt. Kinder- und Jugendlichenpsychother* 2001; 32: 471–486.
15. Hüther G, Bonney H. *Neues vom Zappelphilipp.* Düsseldorf und Zürich: Walter Verlag; 2002.
16. Spitzer M. Zur Bedeutung der Neuroplastizität kortikaler Karten für die Therapie schizophrener Störungen. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 1999; 67, 2: 53–57.
17. Spitzer M. *Geist, Gehirn & Nervenheilkunde. Grenzgänge zwischen Neurobiologie, Psychopathologie und Gesellschaft.* Stuttgart: Schattauer Verlag; 2001.
18. Birbaumer N, Schmidt RF. *Biologische Psychologie.* Berlin: Springer , 4 Aufl.; 1999.
19. Hay DA, McStephen M, Levy F. *The developmental genetics of ADHD.* W: Levy F, Hay DA, red. *Attention, genes and ADHD.* East Sussex: Brunner-Rutledge; 2001; 58–79.
20. Schubert J i in. Methylphenidat bei hyperkinetischen Störungen. *Verordnungen in den 90-Jahren.* *Deutsches Ärzteblatt* 2001; 98: 9, 541–543.
21. Methylphenidat (Ritalin u.a.) zunehmend überverordnet? *Arznei Telegramm* 2000; 31, 65–66.
22. Gray JR, Kagan J. The challenge of predicting which children with attention deficit – hyperactivity disorder will respond positively to methylphenidate. *J. Appl. Developm. Psychol.* 2000; 21: 471–489.
23. Lehmkuhl G i in. Die Wirksamkeit von Psychostimulanzien bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS. *Aktueller Stand der Forschung.* *ADHS Report* 2001; 4.
24. Pelham WE i in. Effects of methylphenidate and expectancy on ADHD children's performance, self-evaluations, persistence and attributions on a cognitive task. *Experiment. Clin. Psychopharmacol.* 1993; 5: 3–13.
25. Koplewicz H. Role of Ritalin in preschoolers. *J. Child Adol. Psychopharmacol.* 2000; 10: 53–54.
26. Angold A I in. Stimulant treatment for children: A community perspective. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2000; 39, H.8, 975–984.
27. Pelouquin LJ, Klorman R. Effects of methylphenidate on normal children's mood, event-related potentials, and performance in memory scanning and vigilance. *J. Abnorm. Psychol.* 1986; 95: 88–98.

28. Rutter M. Child psychiatry in the era following sequencing the genome. W: Levy F, Hay DA, red. Attention, genes and ADHD. East Sussex: Brunner-Routledge; 2001, s. 225–248.
29. Mehta MA i in. Comparative psychopharmacology of methylphenidate and related drugs in human volunteers, patients with ADHD and experimental animals. W: Solanto MV i in., red. Stimulant drugs and ADHD. Basic and clinical neuroscience. New York: Oxford Press; 2001, s. 303–331.
30. Tischler L. Was ist ADS/ADHS? Theorien über Ursachen und Behandlungsmethoden. Themenheft: Das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom. *Analyt. Kind. Jug. Psychother.* 2001; 32: 509–518.
31. Tomm K. DSM — Criticism. *Calg. Particip.* 1990; 1(1): 2–3.
32. Gergen KJ, Hoffman L, Anderson H. Diagnose — ein Disaster? Ein konstruktivistischer Dialog. *Z. system. Ther.* 1997; 15: 224–241.
33. Boscolo L, Judy C. Die Macht von Worten und Etiketten. Ein Konsultation mit einer „schizophrenen“ jungen Frau. W: Keller T, Greve N, red. Systemische Praxis in der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie Verlag; 1966, s. 135–152.
34. Spitzcok von Brisinski I. Zur Nützlichkeit psychiatrischer Klassifikationen in der systemischen Therapie. *Z. system. Ther.* 1999; 17: 43–51.
35. Law I. Attention deficit disorder. Therapy with a shoddily built construct. W: Smith C, Nylund D, red. Narrative therapies with children and adolescents. New York: Guilford; 1997.
36. Ludewig K. Unruhige Kinder. Eine Übung in epistemischer Konfusion. *Praxis der Kinderpsychol. u. Kinderpsychiatr.* 1991; 40: 158–166.
37. Ludewig K. Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta; 1992.
38. Voß R. Das „hyperaktive“ Kind: Sinn-volles Handeln verstehen. W: Hahn K, Müller FW, red. Systemische Erziehungs- und Familienberatung. Mainz: Matthias Grünewald; 1993.
39. Minde K. Hyperaktives Syndrom (hyperkinetisches, hypermotorisches Syndrom). W: Remschmidt H, Schmidt MH, red. Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis. Bd III. Stuttgart: Thieme; 1985.
40. Imhof M i in. Aufmerksamkeitsgestörte hyperaktive Kinder und Jugendliche im Unterricht. Donauwörth: Auer; 1999.
41. Bonney H. Neues vom „Zappelphilipp“ — Die Therapie bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen (ADHD) auf der Basis von Kommunikations- und Systemtheorie. *Praxis Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 2001; 49, 285–299.
42. Bonney H. Systemische Therapie bei ADHD-Konstellationen. W: Rotthaus W, red. Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Heidelberg: Auer; 2001.
43. Everett AA, Everett SV. Family therapy for ADHD. New York: Guilford; 1999.
44. Burmeister HA. Das Verständnis von Hyperaktivität aus systemtheoretischer Perspektive. W: Passolt M, red. Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. München: Reinhardt; 2001.
45. Andersen T. Das reflektierende Team. Dortmund: Verlag modernes lernen; 1990.
46. Selvini Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G, red. Hypothesieren-Zirkularität-Neutralität: drei Richtlinien für den Leiter der Sitzung. *Familiendynamik* 1981; 6: 23–139.
47. Cecchin G, Lane G, Ray WA. Irreverence — a strategy for therapists survival. London: Karnac Books Ltd.; 1992.
48. Pisarsky BC. Die Mailänder Schule. Systemische Therapie von der paradoxen Intervention zum epigenetischen Ansatz. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2000.
49. Deissler KG. Die soziale Poesie therapeutischer Gespräche. Sich selbst erfinden durch beziehungsengagiertes Reflektieren. W: Deissler KG, McNamee S, red. Phil und Sophie auf der Couch. Die soziale Poesie therapeutischer Gespräche. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag; 2000, s. 18–36.
50. Stiefel I, Dossetor D. The synergistic effects of stimulants and parental psychotherapy in the treatment of attention deficit disorder. *J. Pediatr. Child Health* 1998; 34(4): 391–394.
51. Simon FB, Weber G, red. Das Ding an sich. Wie man „Krankheit“ erweicht, verflüssigt, entdinglicht... *Familiendynamik* 1988; 13: 57–61.
52. Johnston C i in. Effects of stimulant medication treatment on mothers' and children's attributions for the behavior of children with attention deficit hyperactivity disorder. *J. Abn. Child Psychol.* 2000; 28: 371–382.

-
53. Scholz A, Rothenberger A. Mein Kind hat Tics und Zwänge. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2001.
 54. Spitzok von Brisinski I. Systemische und lösungsorientierte Ansätze in der Psychopharmakotherapie des Kindes- und Jugendalters. Z. system. Ther. (zur Publikation angenommen) Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2003; 1.
 55. von Foerster H. Wissen und Gewissen. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1993.

Adres: Dipl.Psych. Manfred Mickley, Sozialpädiatrischen Zentrum des Krankenhauses im Friedrichshain,
Landsberger Allee 49, D-12049 Berlin
Dr. med. Bodo Pisarsky, Arzt für Kinder und Jugendpsychiatrie und psychotherapie
Tempelhofer Damm 138, D-12099 Berlin, Tel. 030/6946320

Tłumaczenie: *Mariusz Ślosarczyk*