

PSYCHOTERAPIA 3 (166) 2013

strony: 61–69

Magdalena Chrzan-Dętkoś

W POSZUKIWANIU ZNACZENIA — PSYCHODYNAMICZNA TERAPIA DZIECKA DOŚWIADCZAJĄCEGO ZABURZEŃ EKSTERNALIZACYJNYCH

IN SEARCH OF A MEANING — PSYCHODYNAMIC THERAPY WITH CHILDREN
EXPERIENCING EXTERNALIZING DISORDERS

Zakład Psychologii i Psychopatologii Rozwoju
Instytut Psychologii UG

Kierownik zakładu: prof. zw. dr hab. Marta Bogdanowicz

mentalization
ADHD

Autorka przedstawia genezę nadpobudliwości psychoruchowej w kontekście zakłóceń w rozwoju funkcji refleksji i mentalizacji. Wskazuje, na przykładzie opisu sesji diagnostycznych i terapeutycznych z 8-letnią dziewczynką, jak wykorzystywać zjawiska przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowe do pracy z impulsywnością, w celu budowania zdolności opracowywania przeżyć psychicznych.

Summary: This article aims to discuss the issue of coexistence of the ADHD and PTSD diagnoses in children and adolescents. The literature review presented in the article describes how early chronic stress experiences activate the long-term stress response. Children who have experienced early life trauma, may in their childhood, adolescence and often in adulthood, have to cope with the feelings of overwhelming anger, fear, aggression, agitation and dissociative states. These cognitive and emotional disruptions that occur in response to trauma may overlap with ADHD symptomology. From an epidemiological perspective, trauma exposure and ADHD are pervasive in childhood, what in some situations, may lead to difficulties in making a correct diagnosis. The article discusses the symptomatology similarities as it may give important clinical implications to identify and treat these problems. The author presents the model of psychotherapy based on psychoanalysis and P. Fonagy's theory of mentalization and the review of researches estimating the effectiveness of this approach. The short case study illustrates the research and theoretical material.

Wprowadzenie

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej jest jedną z najczęstszych diagnoz stawianych dzieciom przed ukończeniem 12. roku życia [1]. Dzieci z tą diagnozą stanowią bardzo niejednorodną grupę pacjentów — zmagają się często z innymi trudnościami życia psychicznego. W badaniu zespołu Barkley u 60% dzieci z ADHD stwierdzono również zaburzenia zachowania i opozycyjne [2]. Dodatkowe rozpoznanie innych zaburzeń psychicznych pogarsza funkcjonowanie, np. współwystępowanie nadpobudliwości psychoruchowej i depresji związane jest z negatywnymi rokowaniami leczenia [Biedermann i wsp. 2008, za: 1]. U pewnej grupy dzieci zaobserwowano również związek między urazowymi sytuacjami w okresie wczesnego dzieciństwa a późniejszą diagnozą nadpobudliwości psychoruchowej [3]. Tę zbieżność potwierdzają również dane demograficzne: ADHD jest

najczęstszą diagnozą stawianą dzieciom leczonym psychiatrycznie, a w populacji dzieci leczonych psychiatrycznie aż 2/3 doświadczyło przeżyć o potencjale urazowym [Boney-McCoy, Finkelhor 1995, za: 3]. W grupie dzieci z ADHD obserwuje się również wyższy odsetek chronicznego stresu, zaburzeń więzi i doświadczeń emocjonalnego nadużycia [4]. Liczba potencjalnie urazowych przeżyć u dzieci z tą diagnozą wahała się między 1 a 4; do urazowych przeżyć dochodziło najczęściej przed 10. rokiem życia [4]. Pracując z dziećmi z ADHD, które doświadczyły urazu, trudno nie zająć się szeroko pojętymi konsekwencjami traumy. Obserwuje się u nich nie tylko objawy PTSD, ale też zmiany emocjonalne związane z przeżytym urazem, np. — w zależności od rodzaju wydarzenia — utratę zaufania do opiekunów, zaburzony obraz ciała. Uraz może wpłynąć na realizację zadań rozwojowych — np. trauma, do której doszło w okresie tworzenia się przywiązania do 12. miesiąca życia lub separowania się dziecka od matki i nauki regulacji agresji na przełomie drugiego i trzeciego roku życia, mogła istotnie zaburzyć ten proces i dziecko, mimo upływu lat, może zmagać się z jej konsekwencjami. Zmianie ulec mogły również interakcje dziecka z opiekunami.

Dla pracy terapeutycznej ważne wydają się także wyniki badań neuropsychologicznych tłumaczących współwystępowanie ADHD oraz wcześniejszych doświadczeń o charakterze urazowym. Np. prace Glovera [4], van der Kolka [za: 5] pokazują, że wczesne, chroniczne doświadczenia urazowe o charakterze cierpienia fizycznego lub psychicznego mają długoterminowe konsekwencje w odpowiedzi stresowej. Dzieci, które na początku życia doznały złożonych urazów, mogą w okresie dzieciństwa, dorastania i — często — dorosłości, wielokrotnie doświadczać silnego napięcia, którego nie potrafią nazwać, a które przejawiać się może wszechogarniającym gniewem, lękiem, agresją, pobudzeniem i stanami dysocjacyjnymi [6]. Również według Szymanski [3] poznawcze i emocjonalne trudności, które są konsekwencją urazu psychicznego, takie jak: trudności w koncentracji uwagi, regulacji afektu, impulsywności, stan pobudzenia psychoruchowego, mogą nawet w niektórych sytuacjach maskować objawy stresu pourazowego. Według Fonagy'ego i wsp. [7] wczesne sytuacje urazowe, szczególnie związane z traumą relacyjną, brak doświadczeń związanych z postrzeganiem dziecka przez opiekuna jako mającego własną intencjonalność i podmiotowość hamują zdolność do mentalizacji — rozumienia zachowania własnego i innych w kategoriach stanów umysłowych. Dzieci, które nie były w wystarczający sposób odzwierciedlane — nie otrzymały sygnałów zwrotnych odnośnie do własnych emocji, uczuć, mogą w konsekwencji być ledwo świadome ich obecności [8]. Zdolność do myślenia o własnych stanach emocjonalnych związana jest bowiem z doświadczeniem dziecka, że ktoś o nim myślał. Brak takich doświadczeń naraża je na konieczność ciągłego odreagowywania odczuwanych napięć poprzez właśnie nadruchliwość, impulsywność. Możliwość opracowania doświadczanych uczuć i myśli poprzez np. zabawę, refleksje lub werbalizację jest w takich sytuacjach poważnie ograniczona lub nawet — niedostępna. Warto podkreślić, iż zahamowania w rozwoju zdolności do mentalizacji nie muszą jednak wynikać z historii życia dziecka, mogą mieć również swoje źródło w konstytucjonalnych uwarunkowaniach. Według Gabbarda [9] niemowlęta, które otrzymają w przyszłości diagnozę ADHD, mają uwarunkowane neurobiologicznie trudności w integracji bodźców docierających z otoczenia, w związku z czym nie potrafią prawidłowo odczytywać zachowań rodziców i korzystać z nich, co w konsekwencji przyniosłoby im uspokojenie. Utrudnia lub nawet uniemożliwia

im to dzielenie się doświadczeniami z drugą osobą i w konsekwencji — rozwój zdolności do refleksji nad przeżyciami własnymi i innych. Według zespołu Fonagy’ego [10] praca nad rozwojem funkcji refleksyjnej, która umożliwia opracowanie doświadczanych stanów emocjonalnych i napięć, i chroni przed odreagowaniem, powinna być ważnym elementem w terapii dzieci z diagnozą zaburzeń o charakterze eksternalizacyjnym.

Pojęcia mentalizacji i funkcji refleksyjnej stosowane są obecnie w wielu podejściach psychoterapeutycznych: poznawczo-behawioralnych, systemowych i psychoanalitycznych. Pierwotnie wywodzą się one z psychoanalizy. Fonagy i wsp. [10, s. 27–28] pisząc o funkcji refleksyjnej powołują się zarówno na artykuł Zygmunta Freuda z 1911 r., poświęcony *Bindung* — możliwości psychicznego reprezentowania wewnętrznych napięć, jak i na prace Wilfreda Biona dotyczące transformacji elementów beta (nadmiaru wrażeń, napięć, percepcji znajdujących się w umyśle małego dziecka) w możliwe do przyjęcia, pomyślenia i poddania refleksji elementy alfa. Przywołują również pisma Donalda W. Winnicotta, który pisał o konieczności psychologicznego rozumienia dziecka przez opiekuna jako warunku powstania prawdziwego self.

Założenie, iż każde zachowanie, zabawa ma znaczenie, oraz próba wprowadzenia refleksji nad przekazywanymi przez dziecko komunikatami łączy terapeutów dziecięcych pracujących w różnych nurtach psychoanalitycznych. W pewnym stopniu, upraszczając, można założyć, iż koncepcja funkcji refleksyjnej ułatwia wspólny język badaczom i praktykom z różnych obszarów — zarówno psychoanalizy, jak i innych podejść terapeutycznych. Dzięki opracowanym wystandaryzowanym narzędziom badawczym umożliwia również prowadzenie badań dotyczących zmian zachodzących w trakcie psychoterapii.

Wyniki badań potwierdzają natomiast zasadność stosowania podejścia psychoanalitycznego i psychodynamicznego w terapii dzieci z zaburzeniami eksternalizacyjnymi. Mimo że tradycyjnie terapie psychodynamiczne i psychoanalityczne są uważane za skuteczne — co potwierdzają liczne badania — w pracy z dziećmi z problemami o charakterze internalizacyjnym, mogą z nich skorzystać również dzieci z zaburzeniami eksternalizacyjnymi [11–16]. Podczas gdy farmakoterapia jest związana z redukcją objawów ADHD, psychoterapia wydaje się efektywniejsza w przypadku problemów emocjonalnych i relacyjnych, często towarzyszących nadpobudliwości ruchowej. Wstępne wyniki badania RCT we Frankfurcie potwierdzają tę hipotezę: w toku dwuletniej terapii psychodynamicznej w przypadku doświadczanego przez dzieci lęku i przejawianej agresywności zaobserwowano znaczącą zmianę, ale nie dotyczyła ona ich nadaktywności [14]. Badania wskazują również na znaczenie częstotliwości sesji. Gdy trudności obserwowane u dziecka są większe, gdy występują u niego zaburzenia zachowania lub poważne zaburzenia emocjonalne, wskazana jest większa częstotliwość sesji [11, 14]. Potwierdzają to badania prowadzone stricte w populacji dzieci z diagnozą zespołu nadpobudliwości psychoruchowej. W badaniu New York Montreal (NYM) prowadzonym przez zespół Klein [17] porównywano efektywność psychoterapii i farmakoterapii metylofenidatem. Funkcjonowanie dzieci monitorowane było przez dwa lata: w trakcie rocznej psychoterapii odbywającej się z częstotliwością raz w tygodniu i następnie podczas rocznych sesji wspierających, które odbywały się raz w miesiącu. Terapia miała charakter interpersonalny. Psychoterapia, w przeciwieństwie do leczenia farmakologicznego metylofenidatem, nie była związana z poprawą społecznego funkcjonowania dzieci, redukcją symptomów lub istotnymi osiągnięciami szkolnymi.

Z perspektywy psychodynamicznej jednak, zarówno częstotliwość, jak i długość terapii przewidzianych w ramach NYM wydaje się niewystarczająca. Analiza przeprowadzona przez Fonagy'ego i Target [11], bazująca na 763 przypadkach dzieci leczonych w Centrum Anny Freud z częstotliwością 4—5 razy w tygodniu, wskazuje, że terapia jest pomocna i efektywna w redukcji objawów eksternalizacyjnych. Według Fonagy'ego i Target [11, 15], jeśli terapeucie uda się utrzymać dziecko w terapii, można znacząco pomóc mu w odkryciu znaczenia jego zachowania i postępowania innych. Praca nad mentalizacją i refleksją nad własnymi stanami wewnętrznymi, która umożliwi rozpoznawanie związku zewnętrznych zachowań z wewnętrznymi stanami psychicznymi, może istotnie modyfikować funkcjonowanie dziecka. Niezależnie od tego, czy ADHD i PTSD współwystępują, czy u dziecka zdiagnozowano wyłącznie zespół nadpobudliwości psychoruchowej, praca bazująca na mentalizacji i rozwoju funkcji refleksyjnej może przynieść zmianę w funkcjonowaniu. Podejście to może też stanowić uzupełnienie behawioralnych i behawioralno-poznawczych programów terapeutycznych bazujących na zmianach zachowania.

Rezultaty badań i przedstawiona powyżej konceptualizacja niektórych przypadków zaburzeń eksternalizacyjnych zostaną zobrazowane przypadkiem.

Studium przypadku

8-letnia dziewczynka została zgłoszona na terapię z uwagi na rozpoznanie ADHD oraz wcześniejsze przeżycia o charakterze urazowym. Przed podjęciem psychoterapii, z powodu przeprowadzki, była konsultowana przez dwóch psychiatrów, którzy zdiagnozowali zespół nadpobudliwości psychoruchowej. Dziewczynka miała trudności w koncentracji uwagi, była agresywna w szkole. Została zgłoszona na terapię przez ojca, ciocię i wujka, z którymi aktualnie mieszkała.

Historia dziecka. Rodzice dziewczynki rozwiedli się, gdy Kasia miała 5 miesięcy; od tego czasu do 6. roku życia była pod opieką matki. Matka stosowała wobec Kasi przemoc psychiczną i fizyczną, w związku z tym, w wieku 6 lat, dziewczynka trafiła pod opiekę ojca. Od tego czasu matka miała ograniczone prawa rodzicielskie. Ojciec, z uwagi na charakter pracy zawodowej, dwa tygodnie spędzał w Polsce, kolejne dwa — poza granicami kraju. W trakcie terapii Kasi rozpoczął jednak poszukiwania zatrudnienia w miejscu zamieszkania. W czasie nieobecności ojca dziewczynką opiekowali się ciocia i wujek. Po konsultacji z ojcem, mającej na celu zebranie informacji dotyczących historii życia córki, odbyły się trzy sesje diagnostyczne z Kasią.

Opis sesji diagnostycznych. Podczas pierwszych sesji dziewczynka biegała po całym gabinecie, wpadła do sąsiedniego, poprzewracała przedmioty. Pogryzła również część znajdujących się w pomieszczeniu zabawek. Chwaliła się zabawkami, gadżetami, telefonem komórkowym. Gdy podczas sesji kilkakrotnie dzwoniła matka, Kasia nie odbierała telefonu, ale od razu sygnalizowała konieczność wyjścia do toalety — miała rozwolnienie.

Momenty kontaktu z terapeutką pojawiały się, gdy próbowano ukazać związek jej zachowania z uczuciami zdenerwowania, złości i wściekłości. Gdy udało się to nazwać, dziewczynka na chwilę siadała, rozmawiała z terapeutką i zaczynała zabawę klockami Lego, domkiem dla lalek, by po chwili opowiadać o fantazjach, najczęściej związanych z sadystycznym potraktowaniem jej przez innych dorosłych, którzy np. kluli ją szpilka-

mi, pobili, zabrali należące do niej przedmioty. Opowiadała również nieprawdopodobne historie związane z jej „rozprawieniem się” ze światem dorosłych. Mówiła np.: „Wzięłam tego nauczyciela i wyrzuciłam go przez okno, tak mnie wkurzył i zdenerwował. Do szpitala normalnie musiał pojechać, głowę miał rozwaloną, krew mu ciekła”. Wypowiedzi dziewczynki komentowane były przez terapeutkę — że Kasia nie wie, czy może zaufać innemu dorosłemu, czy może go polubić, czy od razu lepiej zaatakować go, pozbawić wartości. Jednakże próby niszczenia gabinetu, gryzienie zabawek budziło w terapeutce przeciwprzeniesieniowe uczucia bezradności, wściekłości. Utrudniało to utrzymanie refleksyjnej, odzwierciedlającej postawy, rozumienie czy nadawanie znaczenia zachowaniom Kasi. Bardzo łatwo w terapeutycznej wymianie aktywizowany był zły, niekontenerujący wewnętrzny obiekt. Ale też, po chwili kontaktu i bliskości z terapeutką, Kasia niszczyła, pozbawiała się tego, co mogło być potraktowane jako dobre.

Komentarz — rozumienie zachowania dziecka. Konsultacje wskazywały na agresję i wściekłość dziewczynki związane z jej obiektami. Nie miała możliwości myślenia o swoich stanach wewnętrznych, była skazana na odreagowywanie ich poprzez m.in. atak na terapeutkę, gabinet. Na podstawie wywiadu i reakcji przeciwprzeniesieniowych można było postawić hipotezę, że nie miała możliwości uwewnętrznienia obrazu obiektu jako odzwierciedlającego jej stany mentalne. Tymczasem według Fonagy’ego i wsp. [10] możliwość opiekuna do postrzegania i rozumienia zachowań dziecka jako motywowanych przez intencje, uczucia, przekonania jest kluczowa dla wytworzenia się zdolności mentalizacji u dziecka. Na początku pracy dziewczynka wydawała się fragmentować swoje myśli, niszczyła swoje zdolności komunikacyjne i możliwość znalezienia zrozumienia dla swoich pragnień i odczuć u drugiej osoby.

Nadaktywność Kasi, próby niszczenia przedmiotów powodowały, że terapeutka czuła się kontrolowana, pozbawiona zdolności do myślenia o niej i pomieszczania emocji bardzo często — bezradna. Znikała możliwość refleksji, w przeciwprzeniesieniu pojawiała się bardziej chęć „zrobienia” czegoś niż zastanowienia się nad sensem przekazywanych przez Kasię komunikatów. Według Rainwatera [2007 za: 18] nadruchliwość dziecka może być rozumiana jako jego wysiłek zmierzający do kontroli obiektu i uniknięcia bólu związanego z wewnętrzną rzeczywistością. Nadruchliwość Kasi dominująca w jej zachowaniu podczas pierwszych miesięcy terapii byłaby więc obroną, która chroniła ją przed uczuciami związanymi z zależnością, bezradnością, odrębnością. Korzystając z uczuć przeciwprzeniesieniowych, jej nadruchliwość komentowano mówiąc, że zależy jej, żeby terapeutka w kontakcie z nią doświadczała bezradności, by dzięki temu zrozumiała, jak ona się czuła, gdy była bezradna, a różne rzeczy w jej życiu działały się poza jej kontrolą.

Na podstawie przedstawionego powyżej rozumienia i pozytywnej reakcji dziewczynki na komentowanie jej aktywności, zaproponowano terapię indywidualną. Poniżej przytoczono materiał z kilku sesji z pierwszego etapu leczenia.

Pierwszy etap terapii. Po kilku sesjach dziewczynka w mniejszym stopniu próbowała niszczyć przedmioty, pojawiły się natomiast zabawy niosące ryzyko skaleczenia się — chciała np. skoczyć z wieży zbudowanej z kilku krzeseł, zrobić fikolek w powietrzu itd. Terapeutka komentowała to, mówiąc, że być może coś, co przeżyła ona wcześniej, ma się rozegrać teraz w relacji między nimi — terapeutka ma się przyglądać, jak dzieje się jej

krzywda, jak naraża siebie na zranienie. Kasia zaprotestowała: „Nie, nie, dlaczego Pani to mówi?” — ale wyraźnie się uspokoiła. Schowała się cała pod kocem. Leżąc zupełnie płasko wystawiała przez koc rękę lub nogę i prosiła, by terapeutka zgadywała, w którym miejscu wystawi nogę lub rękę. Terapeutka powiedziała też, że to może jest taka zabawa, bo jak dziecko jeszcze jest w brzuchu mamy, widać, jak się rusza. Sugerowała też, że Kasia chciałaby, żeby się poznały, żeby można się było nią zaopiekować, żeby początek terapii potraktować, jak początek czegoś, że różne dobre rzeczy będą możliwe. Pod koniec sesji dziewczynka opowiedziała, że chodzi do świetlicy socjoterapeutycznej. Mówiła, że dzieci zachowują się tam dziwnie, że mają różne problemy. Zapytała też, czy terapeutka myśli, że ona jest dziwna. Terapeutka skomentowała to mówiąc, że Kasia chciałaby wiedzieć, co ona o niej myśli, ale że też może chodzi o to, że Kasia o sobie myśli czasem, że jest dziwna. Kasia przytaknęła. Gdy terapeutka stwierdziła, że to muszą być smutne myśli, Kasia spytała: „A czemu ja wtedy tak się zachowuję?”. Terapeutka wyjaśniła, że to z powodu wielu różnych doświadczeń i może na różne przykre sytuacje reagować dużym zdenerwowaniem. Kasia odpowiedziała jednak, że to nieprawda. Terapeutka odparła: „Być może chodzi o to, że jesteś czasem wściekła i masz w sobie dużo złości”. Dziewczynka potwierdziła: „Tak, to prawda. Skąd wiesz?”.

Na kolejnych sesjach pojawia się „zabawa w wytrzymywanie”. Kasia siadała na dużej piłce i terapeutka miała liczyć, jak długo uda się jej wytrzymać nie podpierając się nogami. Dziewczynka szukała jednak podparcia w terapeutce, próbując — gdy traciła równowagę — chwycić np. jej rękę. Terapeutka komentowała to mówiąc, że Kasia chciałaby móc się na niej oprzeć, porozmawiać, chce, żeby się nią zaopiekowała. Kasia odparła, że miło, jak ktoś ją trzyma, że nie musi się wtedy bać. Zabawa ta, która pojawiła się również na następnych sesjach, była komentowana, że dziewczynce bardzo zależy, żeby terapeutka była w stanie wytrzymać, pomieścić jej różne, silne emocje.

Dane z wywiadu i rozwijająca się relacja przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowa wskazywały, że opiekunowie Kasi, z uwagi na swoje problemy, temperament dziewczynki, która — jak wynikało z informacji uzyskanej od ojca — bardzo dużo płakała i była niemowlęciem „trudnym do uspokojenia”, nie byli w stanie wytrzymać różnych jej stanów. Kasia dumnie opowiadała o tym, że nigdy nie płakała, nawet jako niemowlę. Po chwili dodawała, że gdy zaczynała płakać mając roczek była zamykana w pokoju u góry, by nie przeszkadzać, jak do mamy przychodzili goście. Mogła wtedy liczyć na opiekę dwóch starszych przyrodniczych siostr z wcześniejszego związku matki. Z poważną miną mówiła: „Tak nie powinno się traktować małych dzieci, wiesz o tym?”.

Podczas sesji z Kasią ujawniały się dwa jej obrazy siebie: dziewczynki wszechmocnej, mającej wszystko, i bezwartościowej, pozbawionej wszystkiego. W podobny sposób przeżywana była terapeutka: jako ta, która wszystko ma i dewaluuje wtedy Kasię lub całkowicie bezsilna dorosła kobieta wobec wszechmocnej dziewczynki. Na próby nazywania tego wzorca zachowań widocznego w relacji terapeutka — Kasia, dziewczynka mówiła przeważnie: „Ale ty głupoty wygadujesz, dlaczego musisz takie rzeczy mówić?”, jednak w trakcie trwania terapii stopniowo malały jej destrukcyjne odreagowywania. Możliwa stawała się wspólna, trwająca kilkanaście minut zabawa, i — stopniowo — rozmowa. Dziewczynka wносиła wspomnienia dotyczące historii jej rodziny, opowiadała też o relacjach szkolnych, przynosiła np. zdjęcia wykonane podczas wycieczek.

Te przytoczone powyżej fragmenty terapii obrazują zarówno trudności, jak i zjawiska, które można obserwować w pracy z dziećmi z zaburzeniami eksternalizacyjnymi, oraz trudności przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowe. W ocenie terapeutki, kłopotem Kasi nie był jedynie deficyt uwagi, ale przede wszystkim niski poziom hamowania zachowania, związany z zahamowaniami funkcji refleksyjnej — brakiem możliwości nadania znaczenia zarówno własnym zachowaniem, jak i zachowaniom innych. Utrudniało to jej refleksję, kreatywność, korzystanie z wyobraźni, adekwatną regulację własnych działań. Opisane momenty pracy terapeutycznej związane były z istotnymi zmianami w zachowaniu dziewczynki: Kasia przestała bić inne dzieci, przestała również atakować samą siebie — bić się po głowie, uderzać pięścią w ścianę. Kolejne etapy pracy dotyczyły tendencji dziewczynki do prowokowania innych dzieci i odrzucenia ważnych dla niej osób. W przypadku zdenerwowania, rozdrażnienia, trudno jej było odciąć się od negatywnego afektu, który rzutował na postrzeganie innych osób. Projektowana na innych agresja powodowała, że byli oni odbierani jako prześladowający i dręczący — a nie wspierający, rozumiejący, konsekwentni.

W każdej pracy z dzieckiem lub nastolatkiem bardzo ważnym elementem terapeutycznym jest wsparcie bliskich. Schier [19, s. 215], cytując Alqvista i Broberga, pisze, iż rodzice strauumatyzowanych dzieci „mówią o tym, jak ważne jest to, aby zapomnieć przeszłość i patrzeć w przyszłość: powrót do tego, co się wydarzyło i mówienie o tym oznacza ich zdaniem otwieranie starych ran i może powodować u dziecka więcej cierpienia”. Jednak zarówno wujostwo, jak i tata dziewczynki byli w stanie, mimo że było to dla nich przykre, rozmawiać z nią o jej wspomnieniach związanych głównie z relacją z mamą.

Podsumowując, zarówno na podstawie analizy piśmiennictwa, jak i studium przypadku stwierdzić można, iż trudności z regulacją afektu mogą być konsekwencją urazu — co może narażać dziecko na wystąpienie nadpobudliwości psychoruchowej. Doświadczenie chronicznego stresu na początku życia można również powiązać z zaburzeniem rozwoju zdolności do mentalizacji stanów psychicznych i z późniejszymi deficytami poznawczymi, szczególnie w sferze werbalnej, co utrudnia dziecku przekazywanie słowami swoich stanów wewnętrznych [Cicchetti 2002 za: 3]. Dla diagnozy różnicowej i postępowania terapeutycznego w przypadku dziecka wykazującego objawy nadpobudliwości ważny wydaje się pogłębiony wywiad kliniczny, w celu zbadania ewentualnych urazów, traum relacyjnych w jego historii. Warto podkreślić, że postawienie odpowiedniej diagnozy jest stosunkowo trudne z uwagi na podobieństwo niektórych objawów. Np. pobudzenie psychoruchowe jest zarówno objawem ADHD, jak i, w niektórych przypadkach, stresu pourazowego — odzwierciedla nadmierną czujność, irytację, wzmożoną gotowość. Podobnie rozumieć można trudności w organizacji odbieranego przez dziecko materiału oraz niemożność słuchania poleceń. Są to cechy charakterystyczne dla zespołu nadpobudliwości psychoruchowej, jednak również w przypadku dzieci, które doświadczyły urazów, przypominanie sobie przerażających, bolesnych wspomnień może prowadzić do rozregulowania ich procesów poznawczych. Niemożność koncentracji i myślenia staje się więc mechanizmem obronnym przed konfrontacją z niechcianymi wspomnieniami. Natomiast niepokój charakterystyczny dla dzieci, które przeżyły uraz, może być związany z impulsywnością typową dla ADHD.

Odpowiednia diagnoza i wynikający z niej sposób pracy mają istotne znaczenie dla rozwoju dziecka, gdyż nierozwiązane problemy i spowodowany nimi sposób funkcjonowania

i nawiązywania relacji z innymi mogą utrudniać stworzenie warunków do prawidłowego kształtowania się osobowości. Badania pokazują również na ciągłość trudności psychicznych u osób, u których w dzieciństwie rozpoznano ADHD [m.in. 20, 21]. Najczęściej są to trudności z prawidłowym kształtowaniem się osobowości. W badaniu zespołu Philips z 2008 roku [20] spośród 118 kobiet z diagnozą zaburzeń osobowości borderline, u 41,5% zdiagnozowano w dzieciństwie ADHD, a 16,1% spełniało kryteria tej diagnozy w dorosłości. Nasilenie objawów zaburzeń osobowości w dorosłości związane było natomiast z urazem emocjonalnego nadużywania w dzieciństwie. Zahamowana zdolność do mentalizacji stanów psychicznych naraża dziecko, a potem dorosłego, na konieczność odreagowania, uniemożliwia doświadczanie zarówno pełni własnych uczuć, jak i dzielenie się nimi. Według Zabarenko [22] i Salomonssona [18] możliwość odwołania się w pracy z dzieckiem do koncepcji poznawczych, neuropsychologicznych i psychoanalitycznych może pomóc zarówno w zrozumieniu jego zachowań, jak i wypracowaniu przez nie nowych sposobów funkcjonowania wobec innych i wobec samego siebie.

Piśmiennictwo

1. Cepeda C. Badanie psychiatryczne dzieci i młodzieży. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2012.
2. Barkley RA, Fischer M, Edelbrock CS, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1990; 29: 546–557.
3. Szymanski K, Sapanski L, Conway F. Trauma and ADHD — association or diagnostic confusion? A clinical perspective. *J. Infant Child Adolesc. Psychother.* 2011; 10: 51–59.
4. Glover V, Miles R, Matta S, Modi N, Stevenson J. Glucocorticoid exposure in preterm babies predicts saliva cortisol response to immunization at 4 months. *Pediatr. Res.* 2005; 58 (6): 1233–1237.
5. Paley J, Apler J. Memory of infant trauma. *Psychoanal. Psychol.* 2003; 20: 329–347.
6. Schore AN. Zaburzenia prawej półkuli mózgowej: podstawowy mechanizm traumatycznego przywiązania i psychopatogenezy stresowego zaburzenia pourazowego. W: Murawiec S, Żechowski C, red. *Od neurobiologii do psychoterapii*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2009, s. 71–123.
7. Fonagy P, Target M, Cottrell D, Philips J, Kurtz Z. *What works for whom: a critical review of treatments for children and adolescents*. New York: Guilford; 2002.
8. McMahon L. *The handbook of play therapy and therapeutic play*. London & New York: Routledge Taylor and Francis Group; 2009.
9. Gabbard G. *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2009.
10. Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. Affect regulation, mentalization and the development of the self. London & New York: Karnac; 2004.
11. Fonagy P, Target M. Predictors of outcome in child psychoanalysis: a retrospective study of 763 cases at the Anna Freud Centre. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 1996; 44 (1): 27–77.
12. Baruch G, Fearon P. The evaluation of mental health outcome at a community-based psychodynamic psychotherapy service for young people: a 12-month follow-up based on self-report data. *Psychol. Psychoth.* 2002; 75: 261–78.

13. Muratori F, Picchi L, Bruni G, Patarnello M, Romagnoli G. A two-year follow up of psychodynamic psychotherapy for internalizing disorders in children. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2003; 42 (3): 331–339.
14. Kronmuller K, Postelnicu I, Hartmann M, Stefini A, Geiser-Elze A, Gerhold M, Hildegard H, Winkelmann K. Efficacy of psychodynamic short term psychotherapy for children and adolescents with anxiety disorders. *Kinderpsychol. Kinderpsychiatr.* 2005; 54 (7): 559–577.
15. Fonagy P, Target M. The efficacy of psychoanalysis for children with disruptive disorders. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1994, 33 (1): 45–55.
16. Leuzinger-Bohleber M, Laezer L, Pfenning N, Fischmann, T, Wolff A, Conway F. Psychoanalytic treatment of ADHD children in the frame of two extraclinical studies: The Frankfurt Prevention study and the EVA study. *J. Infant Child Adolesc. Psychoth.* 2011; 10: 32–50.
17. Klein RG, Abikoff H, Hechtman L, Weiss G. Design and rationale of controlled study of long-term ethylphenidate and multimodal psychosocial treatment in children with ADHD. *J. Am. Acad Child Adolesc. Psychiatry* 2004; 43 (7): 792–801.
18. Salomonsson B. Psychoanalytic conceptualizations of the internal object in an ADHD child. *J. Infant Child Adolesc. Psychother.* 2011; 10: 86–101.
19. Schier K. *Bez tchu i bez słowa*. Gdańsk: GWP, 2005.
20. Phillipsen A, Limberger MF, Lieb K, Feige B, Kleindienst N, Ebner-Priemer U, Barth J, Schmahl Ch, Bohus M. Attention-deficit hyperactivity disorder as a potentially aggravating factor in borderline personality disorder. *Brit. J. Psychiatr.* 2008; 192 (2): 118–123.
21. Angold A, Costello EJ. Toward establishing an empirical basis for the diagnosis of oppositional defiant disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1996; 35: 1205–1212.
22. Zabarenko L. ADHD via psychoanalysis, neuroscience, and cognitive psychology: why haven't we fielded a team? *J. Infant Child Adolesc. Psychot.* 2011; 10: 5–12.

e-mail:psymcd@univ.gda.pl