

Agata Brzozowska, Agnieszka Wzorek

## WIELOPOKOLENIOWY PRZEKAZ WZORCA ZABURZEŃ WIĘZI I KRZYWDZENIA JAKO CZYNNIK RYZYKA TRUDNOŚCI W TERAPII DZIECKA LECZONEGO Z POWODU NADPOBUDLIWOŚCI PSYCHORUCHOWEJ (ADHD) ORAZ OPOZYCYJNO-BUNTOWNICZYCH ZABURZEŃ ZACHOWANIA (ODD) — STUDIUM PRZYPADKU

### THE TRANSGENERATIVE MODEL OF ATTACHMENT DISORDERS AND EMOTIONAL ABUSE AS A FACTOR INFLUENCING THE DIFFICULTIES IN PSYCHOTHERAPY OF A CHILD TREATED OF ATTENTION-DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD) AND OPPOSITIONAL-DEFIANT DISORDER (ODD)

Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego AM w Warszawie  
Kierownik kliniki: prof. dr hab. med. T. Wolańczyk

*Autorki piszą o efektywności różnych form terapii dzieci z ADHD ze współwystępującymi zaburzeniami. W oparciu o przegląd literatury oraz opis przypadku, dokonują analizy przyczyn trudności w terapii 10-letniego chłopca leczonego z powodu nadpobudliwości psychoruchowej oraz opozycyjno-buntowniczych zaburzeń zachowania. Gdy standardowe metody terapii, takie jak farmakoterapia, psychoedukacja i treningi rodzicielskie nie przyniosły poprawy w funkcjonowaniu dziecka, zwrócono uwagę na charakter więzi dziecka z opiekunami i jej transgeneracyjne uwarunkowania.*

**transgenerative model  
ADHD  
ODD**

**Summary.** Based on literature review and data from the presented case report the authors have discussed possible reasons of difficulties in therapy of a 10-year old boy with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) and oppositional-defiant disorder (ODD).

Special attention was given to quality of attachment and its transgenerative conditionings. Standard therapy methods, such as pharmacotherapy, psychoeducation and parental skills training did not result in improvement of the child functioning. It seems to be important to include attachment therapy in the treatment of children with ADHD and ODD coexisting with emotional abuse.

W ostatnim dziesięcioleciu w psychiatrii dziecięcej w Polsce obserwuje się rosnącą rozpoznawalność zaburzenia hiperkinetycznego (w klasyfikacji amerykańskiej DSM-IV używa się nazwy zespół nadpobudliwości psychoruchowej — Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD). Charakteryzuje je stały wzór zachowania, na który składają się zaburzenia uwagi, nadmierna impulsywność oraz nadruchliwość. W klasyfikacji DSM-IV wyróżnia się trzy podtypy tego zaburzenia: z przewagą zaburzeń uwagi, z przewagą impulsywności oraz podtyp mieszany.

W chwili obecnej uważa się, że ADHD jest heterogennym zaburzeniem, u którego podłoża leżą zmiany neurobiologiczne w mózgu, w dużym stopniu związane z dziedzicznością.

Zaburzenie hiperkinetyczne w istotny sposób pogarsza funkcjonowanie dziecka w jego środowisku domowym i szkolnym. W związku z dobrze udokumentowaną rolą czynników biologicznych trudno zakładać, że sam system rodzinny powoduje powstanie tego zaburzenia [1, 2, 3].

Zaburzenia współistniejące z ADHD są raczej normą niż wyjątkiem [1, 2]. Prawie połowa dzieci z ADHD dodatkowo spełnia kryteria zaburzeń zachowania. Inne często współwystępujące schorzenia to zaburzenia lękowe i depresyjne, nadużywanie substancji psychoaktywnych, tiki oraz specyficzne zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych. Komplikują one proces diagnostyczny, wpływają na wybór metod leczenia oraz skuteczność terapii [1, 2].

Zalecane metody leczenia dzieci z ADHD różnią się zależnie od obecności jednego lub więcej zaburzeń, oraz tego, które z nich jest schorzeniem podstawowym [4]. Stosuje się interwencje psychospołeczne: treningi rodziców, interwencje w klasie, terapię umiejętności społecznych, poznawczo-behawioralną oraz rodzinną [1, 2].

Farmakoterapia jest najbardziej skuteczna w łagodzeniu objawów takich, jak deficyt uwagi, nadrucliwość, impulsywność [2, 5].

Jedną z form pomocy stosowaną w przypadku dzieci z ADHD z towarzyszącymi zaburzeniami zachowania są warsztaty psychoedukacyjne dla rodziców, zwane inaczej „treningami rodzicielskimi” (TR). Ich głównym celem jest wyjaśnianie rodzicom specyfiki zaburzenia hiperkinetycznego, uświadamianie im ograniczeń dziecka, przekazanie wiedzy teoretycznej i praktycznej dotyczącej metod postępowania z dzieckiem nadpobudliwym (definiowanie własnych oczekiwań względem dziecka, ustalanie norm i zasad, stosowanie pochwał i innych pozytywnych wzmocnień, wydawanie poleceń, wyciąganie konsekwencji) [1, 6]. Istnieje wiele odmian TR polegających na różnych zakresach edukacji i treningu poznawczo-behawioralnego rodziców [1]. Wpływ TR na zachowanie dzieci z ADHD rzadko był przedmiotem prawidłowo kontrolowanych badań [1]. Do niedawna wskazywano na wyższość leczenia lekami psychostymulującymi nad TR i innymi metodami pozafarmakologicznymi w zakresie redukcji objawów ADHD. Badania dowiodły jednak, że TR korzystnie wpływają na zachowanie dzieci — redukują objawy zinternalizowane, poprawiają relacje między dziećmi a rodzicami, zmniejszają stres wychowawczy i zwiększają rodzicielskie poczucie własnej wartości. Połączenie terapii lekowej z zestawem terapii psychospołecznej oraz warsztatami rodzicielskimi przynosi korzyści terapeutyczne przewyższające stosowanie wyłącznie farmakoterapii. Okazało się jednak, że warsztaty dla rodziców nie wpływają na wskaźniki depresji rodzicielskiej i satysfakcji małżeńskiej [1], a depresja i brak satysfakcji z małżeństwa mogą ograniczać zakres uczestnictwa rodziców w terapii dziecka.

Badacze programów poznawczo-behawioralnych podkreślają, że do końca nie wiadomo, jakie elementy tej formy terapii prowadzą do pozytywnych zmian oraz jakie są przyczyny porażek terapeutycznych. Być może o skuteczności TR decyduje opanowanie przez rodziców umiejętności obdarzania dziecka pozytywną uwagą [1].

Z praktyki klinicznej oraz badań wiadomo, że w rodzinach pacjentów z ADHD często występuje co najmniej jedna osoba z zaburzeniami uwagi i impulsywnością, a rodziców charakteryzuje gorsze radzenie sobie z problemami wychowawczymi, stosowanie agresywnych, restrykcyjnych metod wychowawczych, wprowadzanie ostrej dyscypliny.

W porównaniu z rodzicami dzieci, które nie są nadpobudliwe psychoruchowo, rodzice dzieci z ADHD są jednocześnie bardziej wymagający i krytyczni, mają poczucie braku rodzicielskiej kompetencji [1, 6, 7].

Badania prospektywne nad czynnikami ryzyka współwystąpienia zaburzeń zachowania u dzieci z ADHD wskazują na znaczenie jakości relacji matka – dziecko w okresie przedszkolnym oraz zaburzeń depresyjnych matki [8]. Biorąc pod uwagę znaczenie pierwotnej relacji rodzic – dziecko, należy uwzględnić dwukierunkowy wpływ obu stron na jakość tworzącej się więzi. Podstawowe objawy zaburzenia hiperkinetycznego, takie jak duża ruchliwość dziecka, impulsywność, zaburzenia uwagi, mogą stać się czynnikiem ryzyka zaburzeń przywiązania. Z kolei rodzice dziecka nadpobudliwego psychoruchowo, niekiedy sami cierpiący z powodu przetrwałych objawów ADHD, mogą być predysponowani do stosowania niewłaściwych, impulsywnych metod wychowawczych, w tym również przemocy [7, 3]. Błachno i współautorzy [6], na podstawie ankiet wypełnianych przez rodziców dzieci z ADHD po zakończeniu warsztatów, stwierdzili, że przed terapią aż 95% rodziców stosowało kary fizyczne, a około 55% biło dzieci co najmniej raz w tygodniu, co stanowiło odsetek wyższy niż uzyskany w badaniu populacji ogólnej przeprowadzonym przez Fundację Dzieci Niczyje [6]. Autorzy badania wysoko ocenili skuteczność treningów w zakresie ograniczenia stosowania kar fizycznych, równocześnie wskazywali, że w niektórych przypadkach konieczna była szczegółowa analiza sytuacji rodzinnej [6]. W badaniu nie uwzględniono, czy stosowano inne formy przemocy.

W piśmiennictwie podejmowano próbę analizy związku zachodzącego pomiędzy ADHD i/lub zaburzeniami zachowania a zjawiskiem szeroko zdefiniowanych traumatycznych przeżyć dziecka. W analizie uwzględniono maltretowanie, rzadziej przemoc fizyczną i wykorzystywanie seksualne jako odrębne czynniki. Wyniki badań Forda i wsp. [4] wskazują, że maltretowanie dziecka jest czynnikiem ryzyka towarzyszących ADHD lub występujących osobno opozycyjno-buntowniczych zaburzeń zachowania (ODD). Przemoc domowa może więc wpływać na funkcjonowanie dziecka nadpobudliwego poprzez dołączanie się objawów ODD.

Wiktymizacja dziecka może też modyfikować przebieg zaburzenia hiperkinetycznego poprzez nakładanie się objawów zaburzenia stresowego pourazowego (PTSD). Objawy PTSD, takie jak stany wzbudzenia i trudności w koncentracji uwagi, występują również w obrazie ADHD. Można przypuszczać, że zjawisko nakładania się objawów PTSD odgrywa rolę w przypadkach zaburzenia hiperkinetycznego opornego na leczenie lekami psychostymulującymi. Stwierdzono, że u dzieci z ADHD, które narażone były na przemoc, objawy zaburzenia stresowego pourazowego (PTSD) są znacznie bardziej nasilone niż u dzieci maltretowanych z grup kontrolnych. Nie wykazano jednak, aby osiowe objawy ADHD były związane ze stosowaniem przemocy fizycznej i wykorzystywaniem seksualnym [4].

Powszechnie używana definicja krzywdzenia dzieci, poza przemocą fizyczną i wykorzystywaniem seksualnym, obejmuje też krzywdzenie emocjonalne [9]. Zjawisko krzywdzenia emocjonalnego dzieci z ADHD i jego związki z tym zaburzeniem, jak dotąd, nie były przedmiotem szczegółowych badań.

Wiadomo, że różne formy emocjonalnego krzywdzenia dzieci przez rodziców negatywnie wpływają na rozwój emocjonalny dziecka, będąc m.in. przyczyną takich problemów, jak

wycofanie emocjonalne i społeczne, zachowania agresywne, trudności szkolne, obniżona samoocena, depresja, PTSD [9]. Badając różne rodzaje przemocy, Ney [10] stwierdził, że przemoc słowna bardziej niż inne rodzaje przemocy wpływa na zmianę obrazu siebie i świata u badanych dzieci. Przemoc słowna wywołuje u dzieci objawy lęku przed porzuceniem, zaburzenia nastroju, trudności w tworzeniu i utrzymywaniu relacji, poczucie winy oraz zachowania autodestrukcyjne.

Należy podkreślić, że krzywdzenie emocjonalne to względnie trwałe wzorce interakcji dziecka z jego opiekunami, a nie pojedyncze zdarzenia. Glaser [9] wyróżniła pięć następujących kategorii złego traktowania dziecka:

- uczuciowa niedostępność, brak emocjonalnych relacji i zaniedbywanie
- przypisywanie dziecku negatywnych cech, błędna ocena dziecka, wrogość, odrzucenie
- niekonsekwentne i niewłaściwe dla rozwoju dziecka interakcje; stawianie wymagań ponad możliwości, ograniczanie poznawania i uczenia się, narażanie na zawstydzające lub traumatyczne wydarzenia i interakcje
- nieuznawanie lub lekceważenie indywidualności i odrębności dziecka; wykorzystywanie dziecka do zaspokajania potrzeb psychologicznych rodzica
- uniemożliwianie dziecku adaptacji społecznej; wspieranie postaw antyspołecznych, izolowanie, pozbawianie kontaktów.

Zakładając, że wyszczególnione powyżej problemy dotyczą relacji głównego opiekuna i dziecka, należy stwierdzić, że tak opisane zjawisko krzywdzenia emocjonalnego w znacznym zakresie odzwierciedla problem zaburzeń więzi i stanowi próbę określenia, jakie formy relacji dziecka z głównym opiekunem mogą zakłócać jego rozwój psychospołeczny.

Badania przywiązania u małych dzieci i dzieci w wieku przedszkolnym wskazują, że ufny, dający poczucie bezpieczeństwa, wzorec więzi z matką (typ B wg Ainsworth i wsp.) [11] jest czynnikiem zmniejszającym ryzyko zaburzeń psychicznych [12]. Uważa się, że pozostałe wzorce — A, C, D — wynikające z odrzucania przez matkę poczucia bliskości z dzieckiem (typ A), z wahań w zaspokajaniu jego potrzeb (typ C), z maltretowania lub zaniedbywania go przez np. depresyjną matkę (typ D), mogą mieć negatywny wpływ na zdrowie psychiczne dziecka, ale zakres i charakter tego wpływu nie został jeszcze dokładnie zbadany. Zaobserwowano jednak, że u dzieci w wieku przedszkolnym wzorec C przejawia się dążeniem do osiągnięcia kontroli nad zachowaniem opiekuna przez złość, groźby lub nieśmiałość [12]. Badania wzorca przywiązania u dzieci wskazują, że decydujące znaczenie dla kształtowania ufnego typu więzi, lub więzi niedającej poczucia bezpieczeństwa, miały problemy matki [12].

Wczesne interakcje matki i niemowlęcia stanowią system biobehawioralny, w którym matka, poprzez uspokajanie, moduluje pobudzenie dziecka, mogącego pojawić się w następstwie dużej przykrości, strachu lub frustracji. Istnieje hipoteza, że deficyty w tym zakresie mogą zakłócać kształtowanie samokontroli. Ujawniają się one później, kiedy dziecko powinno już przejawiać umiejętność samouspokajania i samokontroli; ich oznaką bywa agresja lub nadpobudliwość [3, 13]. Uważa się, że problemy medyczne w rozwoju dziecka nie muszą stanowić czynnika wpływającego na rozwój ufnego przywiązania. Mogą one odgrywać taką rolę w połączeniu z innymi niekorzystnymi okolicznościami, ale te nie zostały jeszcze określone [12].

Glaser [9] podkreśla, że odrzucenie dziecka może wynikać z dostrzegania przez rodziców tylko własnych problemów. Ta sama autorka zwraca uwagę na konieczność podejmowania terapii więzi u matek, które były w dzieciństwie niekochane i odrzucane, co powoduje u nich trudności z okazywaniem miłości własnemu dziecku.

Badania Finzi-Dottan i wsp. dotyczą zagadnienia relacji pomiędzy ADHD, temperamentem dziecka, stylami rodzicielskimi a wzorcem przywiązania [7]. Wskazują one na występowanie nieprawidłowych wzorców przywiązania u dzieci z mieszanym, lub z przewagą impulsywności/nadruchliwości, podtypem ADHD, ale nie u dzieci z ADHD z dominującymi zaburzeniami uwagi [7]. Style rodzicielskie promujące autonomię u dzieci z ADHD cechujących się wysokim poziomem emocjonalności wiązały się z lękowym wzorcem przywiązania, natomiast ograniczanie autonomii dzieci z ADHD temperamentalnie aktywnych miało związek z unikającym wzorcem przywiązania. Autorzy zwrócili uwagę, że stosowane wobec dzieci z ADHD metody wychowawcze powinny uwzględniać temperamentalne cechy dziecka, np. emocjonalność, aktywność motoryczną. W odniesieniu do stylu promującego autonomię u „emocjonalnych” dzieci nadpobudliwych pozwolili sobie na przypuszczenie, iż w badanych przez nich przypadkach mogło dojść do zaniedbania przez rodziców [7].

Pinto i wsp. [3] wstępnie zanegowali związek zachodzący pomiędzy zdezorganizowanym wzorcem więzi we wczesnym dzieciństwie a pełnoobjawowymi przypadkami ADHD w wieku szkolnym, zauważyli jednak, że przypadki subklinicznego ADHD (z objawami zgłaszanymi głównie przez nauczycieli) korelowały ze zdezorganizowanym wzorcem więzi w okresie wczesnodziecięcym. Autorzy podkreślali, że ze względu na ograniczenia badawcze wnioski płynące z ich badań są prowizoryczne, a zagadnienie wymaga dalszych badań. Jakość relacji rodzic – dziecko jest przedmiotem niektórych form terapii dla dzieci z zachowaniami opozycyjnymi. Nawiązują one do teorii przywiązania wskazując na potrzebę modyfikacji wzorca więzi [14].

Glaser [9], opisując krzywdzenie emocjonalne, stwierdziła, że chociaż w przypadku tej formy krzywdzenia wskazana jest terapia ukierunkowana na relacje rodzinne, to jednak gotowość rodziny do uczestnictwa w terapii rodzinnej jest niewielka. Typową reakcją rodziców jest prośba o wyleczenie lub „właściwe ustawienie” dziecka albo nieszukanie w ogóle żadnej pomocy.

Brinkmeyer i wsp. [14] wykazując dobroczynny wpływ terapii rodzinnej na dzieci z zachowaniami opozycyjnymi (PCIT), również te, które były krzywdzone fizycznie, postulowali, aby rozwijać badania nad czynnikami powodującymi rezygnację rodziców z takiej terapii [14]. W pracy Werba i wsp. (2002) (cyt. za: [14]) stwierdzono, że matki bardzo krytyczne wobec własnego dziecka albo przeżywające poważny stres wychowawczy często nie kończyły terapii.

Z perspektywy naszej pracy na oddziale dziennym psychiatrii wynika, że istnieje grupa pacjentów z ADHD i z towarzyszącymi zaburzeniami zachowania, których funkcjonowanie nie poprawia się, mimo stosowanych łącznie metod: farmakoterapii, psychoedukacji i „treningów rodzicielskich”. W niektórych przypadkach psychoedukacja ze wzmacnianiem autorytetu rodziców była nieskuteczna, a nawet zwiększała tendencję do karania dziecka, na co zwracali uwagę również inni autorzy [5], postulując, aby z TR wyłączyć rodziców skłonnych do stosowania przemocy.

Rodzice wielu naszych pacjentów, mimo wcześniejszego uczestnictwa w TR, wiedzy na temat problemów dziecka z ADHD i pożądaných metod postępowania, nie obserwowali poprawy w zachowaniu dziecka, ani nie potrafili zmodyfikować swoich metod wychowawczych. Z tego właśnie powodu zgłaszali się z dzieckiem w celu dalszej terapii na oddziale dziennym psychiatrii.

Problem nieskuteczności programów terapeutycznych w stosunku do pewnej grupy dzieci z ADHD był poruszany przez wielu badaczy [1, 5, 14]. Anostopoulos i Farley [1] postulowali, aby podczas kwalifikacji do warsztatów rodzicielskich uwzględniać „zdolności rodzica”. Ich zdaniem rodzice znacznie obciążeni problemami psychologicznymi lub małżeńskimi mogą nie być dobrymi kandydatami do tej formy terapii, jednakże precyzyjnych przeciwwskazań do niej nie określono. Nie opracowano też alternatywnych form pracy terapeutycznej w przypadku rodziców przeciążonych problemami. Fonagy i wsp. [5] na podstawie przeglądu badań konkludują, że skuteczność TR i uczestnictwo w warsztatach mogą być związane z wiekiem dziecka (wiek przedpokwitaniowy rokuje lepiej) oraz nasileniem objawów ADHD u rodzica. Porzucanie terapii wiąże się także z niskim wykształceniem rodziców. Terapia dzieci z zaburzeniami zachowania prowadzona w formie TR okazywała się bardziej skuteczna i systematyczna w przypadku młodszych dzieci, bez dodatkowych chorób i ze słabszym nasileniem zaburzeń zachowania. Innymi czynnikami związanymi z lepszym rokowaniem była dobra sytuacja socjoekonomiczna rodziny, wychowywanie dziecka w pełnej rodzinie, niski poziom stresu u rodziców i niezgody pomiędzy nimi. Brak korzyści z TR wiązał się z takimi cechami, jak: zaburzenia psychiczne rodziców; uzależnienia od środków psychoaktywnych, depresja, zaburzenia osobowości. Samotne rodzicielstwo, brak uczestnictwa w TR obojga rodziców i niedający poczucia bezpieczeństwa wzorzec więzi u matki wpływały na ograniczenie skuteczności terapii [5].

Diagnoza systemu rodzinnego w ramach diagnostycznych sesji terapii rodzinnej przeprowadzanej w naszym oddziale (o ile rodzina zgłosiła się na spotkanie) i/lub codzienna obserwacja relacji dziecko – rodzice w większości przypadków wskazywały na przewlekłe występowanie wzorca nieprawidłowej więzi oraz krzywdzenia emocjonalnego jako głównego czynnika kształtującego cykl interakcji w rodzinie dzieci „opornych” na rutynowe leczenie. Kontakty rodziców z dziećmi z placówkami leczniczymi były najczęściej zainicjowane przez pedagogów i psychologów szkolnych, co zdaniem innych autorów może wpływać na obniżenie skuteczności TR [5]. Często objawy dziecka w skrajny sposób dezorganizowały życie rodzinne (np. dziecko zachowywało się opozycyjnie lub było agresywne), co przyczyniało się do oddania go do indywidualnej terapii w szpitalu.

Aby zrozumieć, w jaki sposób mogły się wytworzyć w rodzinie krzywdzące relacje, należy sięgnąć do historii dzieciństwa rodziców, która pokazuje, dlaczego ich dorosłe życie jest przepełnione gniewem, wrogością, skłonnością do poniżania znajdującymi swoje ujęcie w relacji z dzieckiem. Rodzice naszych pacjentów nierzadko podawali fakty świadczące o tym, że oni sami byli w dzieciństwie źle traktowani.

Złożony charakter problemów terapeutycznych występujących w przebiegu leczenia dzieci pierwotnie kierowanych do poradni zdrowia psychicznego z rozpoznaniem ADHD i ODD ilustruje niżej przedstawiony przypadek.

### **Cel pracy**

Przedstawiono przypadek 10-letniego chłopca, z rozpoznaniem opozycyjno-buntowniczych zaburzeń zachowania (ODD), zaburzenia hiperkinetycznego (ADHD) oraz specyficznych zaburzeń rozwoju umiejętności szkolnych, który został przyjęty na oddział dzienny psychiatrii po licznych nieskutecznych próbach leczenia w poradniach zdrowia psychicznego i szpitalach. Celem pracy jest analiza czynników, które wpłynęły na niepowodzenia w dotychczasowym leczeniu, opis zastosowanych metod oraz trudności w terapii dziecka. Szczególną uwagę zwrócono na charakter więzi z opiekunami i jej uwarunkowania.

### **Dane na temat pacjenta**

Chłopiec został skierowany na oddział przez lekarza psychiatrę. Urodzony z ciąży pierwszej prawidłowej, porodu siłami natury, 2 razy okrecony pępowiną z objawami niewielkiego niedotlenienia, oceniony na 8 pkt w skali Apgar. Rozwijał się prawidłowo, poza nieco opóźnionym, według matki, rozwojem mowy. Do 5. r.ż. wychowywał się w domu pod opieką rodziców i babci. Od 6. r.ż. zaczął uczęszczać do przedszkola i tu po raz pierwszy zwrócono uwagę na występujące u niego cechy nadpobudliwości. Proponowano odroczenie obowiązku szkolnego ze względu na „niedojrzałość” dziecka, ale matka nie wyraziła na to zgody. W szkole od początku miał trudności związane z zaburzeniem hiperkinetycznym i dysleksją. Z tego powodu od II klasy miał przyznane nauczanie indywidualne. Od 7. r.ż. był wielokrotnie pod opieką różnych ośrodków służby zdrowia.

#### *Wywiad rodzinny zebrany od matki pacjenta*

Chłopiec wychowywał się w rodzinie rozbitej, zrekonstruowanej. Rodzice rozwiedli się, kiedy miał 7 lat, z powodu uzależnienia ojca od alkoholu i jego zdrad.

Ojciec chłopca, pan M., lat 29, wykształcenie zawodowe, sporadycznie kontaktował się z rodziną, nie płacił alimentów.

Matka chłopca, pani K., lat 35, wykształcenie zawodowe. Zrezygnowała z pracy, kiedy syn poszedł do szkoły. Od 3 lat była w nieformalnym związku z panem A., lat 42, z zawodu kierowcą, z którym mieszkała w części domu matki. Konkubent miał z poprzedniego związku syna, rówieśnika naszego pacjenta, z którym utrzymywał kontakty, często zapraszał go do mieszkania swojej konkubiny. Pani K. nieformalnie pomagała w prowadzeniu przez matkę sklepu, lecz nie otrzymywała za swoją pracę wynagrodzenia. Pomiędzy nią a matką istniał przewlekły konflikt ze względu na niechętny stosunek matki pani K. do jej partnera oraz niedostateczną, wg pani K., pomoc finansową oraz wsparcie w opiece nad synem. Pani K., obawiając się porzucenia przez partnera, tolerowała stosowanie przez niego wobec jej syna restrykcyjnych metod wychowawczych. Konkubin np. zmuszał chłopca do wielokrotnego przepisywania wskazanych przez niego tekstów. Ponieważ chłopiec miał poważne problemy z pisaniem, wzbierał się przed odrabianiem lekcji, co wzmagało złość jego opiekunów. Nie radząc sobie z opozycyjnymi zachowaniami dziecka oboje stosowali wobec niego kary, bardzo rzadko za coś chwalili. Według pani K. konkubin wymierzał dziecku kary fizyczne, czemu ona była przeciwna. Matka na ogół stosowała wobec syna różne formy przemocy emocjonalnej, np. straszyla go oddaniem do ojca, ośmieszała przed innymi dziećmi itp. Była skoncentrowana na swoim obecnym związku; przejawiała silną

zazdrość o kontakty pana A. z byłą żoną i synem, którego rozpieszczał. Konkubini nie deklarował chęci sformalizowania związku, tym samym trzymał ją w ciągłej niepewności co do stałości tej relacji.

#### *Wywiad dotyczący rodziny generacyjnej i dzieciństwa matki pacjenta*

Rodzice pani K. rozwiedli się, gdy miała 7 lat. Powodem było nadużywanie alkoholu przez ojca, maltretowanie fizyczne matki oraz zdrady małżeńskie (ojciec miał dwoje nieślubnych dzieci, każde z inną kobietą). Już wcześniej relacje między matką pani K. a jej teściową były konfliktowe, gdyż teściowa ingerowała w opiekę nad dziewczynką. Rok po rozwodzie matka pani K. ponownie wyszła za mąż za mężczyznę znacznie starszego od siebie, rozwodnika, obecnego ojczyma pani K. Od pierwszej klasy szkoły podstawowej pani K. nie radziła sobie z nauką, prezentowała zachowania opozycyjno-buntownicze. W badaniach psychologicznych rozpoznano u niej wstępnie dysleksję oraz niedojrzałość społeczną i emocjonalną. Powtarzała klasy III i V. Z powodu problemów z zachowaniem była pod opieką Poradni Zdrowia Psychicznego, przebywała też w sanatorium neuropsychiatrycznym. W VII klasie, w związku z nadal utrzymującymi się trudnościami w nauce, skierowano ją do szkoły podstawowej specjalnej, a następnie zasadniczej szkoły zawodowej specjalnej z internatem, mimo że wyniki badania intelektu nie wskazywały na upośledzenie rozwoju umysłowego. Z dostarczonej dokumentacji dotyczącej przebiegu nauki wynika, że pani K. od początku pobytu w szkole specjalnej nie akceptowała tego, że matka zdecydowała się za namową personelu medycznego oddać ją do szkoły z internatem. Pisała do niej rozpaczliwe listy z prośbą, aby zabrała ją ze szkoły, choćby tylko na weekend. W szkole i w internacie nie podporządkowywała się regulaminowi. Na wniosek kuratora i wychowawców zdecydowano, wbrew stanowisku matki, aby ograniczyć kontakt dziewczynki z rodziną do wizyt raz w miesiącu. Matka przyjęła te warunki na stanowcze żądania kuratora. W II klasie pani K. przeniesiona została do szkoły w pobliżu miejsca zamieszkania. W związku z utrzymującymi się nadal dużymi trudnościami wychowawczymi oraz brakiem zainteresowania nauką zdecydowano o zwolnieniu jej z obowiązku szkolnego. Od 18. r.ż. do momentu ślubu pani K. mieszkała z matką i jej mężem w domku jednorodzinny. Z wywiadu uzyskanego od pani K. wynika, że jej stosunki z matką i ojczymem nie układały się dobrze. W okresie dzieciństwa ojczym podejmował wobec niej zachowania mogące mieć charakter molestowania seksualnego. Jednocześnie, mimo przykrych wspomnień, zdecydowała się powrócić do domu matki po rozwodzie.

#### *Historia terapii pacjenta w oddziale dziennym*

Od początku pobytu na oddziale nasz pacjent był labilny emocjonalnie, a zmiany stanu emocjonalnego i zachowania w dużej mierze były uzależnione od sytuacji aktualnie panującej w domu. Co prawda zachowanie jego potwierdzało występowanie objawów zespołu hiperkinetycznego, ale leczenie farmakologiczne metylofenidatem, który zastosowano po przyjęciu do szpitala, nie zawsze łagodziło objawy. Po awanturach w domu chłopiec przychodził na oddział bardziej pobudzony, przejawiał też większą skłonność do prowokowania konfliktów z innymi pacjentami, impulsywnie reagował na kierowane do niego komunikaty. Mimo zgłaszanego przez matkę niechętnego stosunku do nauki w szkole



szpitalnej, na ogół uczestniczył bez większego oporu w lekcjach, obserwowano poprawę skupiania uwagi w trakcie działania metylofenidatu. Badania psychologiczne potwierdziły występowanie u chłopca specyficznych trudności szkolnych, które obok zaburzeń uwagi i udziału czynników środowiskowych mogły wpływać na brak motywacji do nauki.

Matka zgłaszała się na indywidualne rozmowy z psychologiem i lekarzem sporadycznie i nieregularnie, tłumacząc się brakiem czasu związanym z koniecznością pomocy swojej matce w prowadzonym przez nią sklepie. W trakcie rozmów prezentowała krytyczny stosunek do dziecka, porównywała go do byłego męża. Głównym tematem rozmów była jej obecna relacja z matką oraz rozpieszczanie przez pana A. jego syna w obecności jej dziecka. Odbyło się jedno spotkanie z udziałem pana A., podczas którego bardzo krytycznie wyrażał się o metodach wychowawczych swojej partnerki twierdząc, że jest niekonsekwentna i niewydolna wychowawczo. Powiedział, że przyszedł na spotkanie, żeby przedstawić swoje zdanie, ale odmówił uczestnictwa w kolejnych rozmowach powołując się na fakt niespokrewnienia z pacjentem.

Matka pani K. zgłosiła się na rozmowę z własnej inicjatywy, aby wyrazić swój niepokój o córkę. Uważała, że córka oraz ona sama są wykorzystywane przez pana A., gdyż nie płacił on za mieszkanie, nie obiecywał także córce stałego związku. Przyznała, że jej kontakty z córką nigdy się nie układały dobrze, co wiązała ze swoimi trudnościami w relacji z własną matką. Babcia chłopca, podobnie jak matka, odczuwała potrzebę wyrażenia frustracji z powodu niedostatków swojej więzi z matką. Miała stałe poczucie odrzucenia, gdyż, jej zdaniem, jej matka faworyzowała jej siostry.

Matka pani K. twierdziła, że dodatkowym problemem w kontaktach z córką była jej niesamodzielność, upośledzenie umysłowe (takie rozpoznanie postawił jakoby jeden z lekarzy córki) oraz niechęć do nauki. Pani K. w dzieciństwie była niesfornym dzieckiem, zachowującym się podobnie jak wnuk. Babcia pacjenta opowiedziała też o poczuciu winy, które przeżywała, gdy — pod presją opinii psychologów — w okresie dorastania oddała córkę do szkoły z internatem. Teraz chciałaby to jej wynagrodzić, więcej rozmawiać, przebywać z nią, ale ona unikała kontaktu. Wywiad zebrany od matki pani K. wyraźnie wskazywał na występujące między córką a matką zaburzenie więzi oraz na przemoc w rodzinie. Podobnie jak nasz pacjent, jego matka była krytykowana przez rodziców, którzy nie dostrzegali związku między zachowaniem dziecka a ich surowymi metodami wychowawczymi, nadmiernym krytycyzmem, niedostatkami emocjonalnego wsparcia. Kierując się tymi informacjami zaproponowano pani K. terapię indywidualną dla ofiar przemocy. Jednocześnie skierowano sprawę do sądu rodzinnego z wnioskiem o rozpoznanie aktualnej sytuacji rodzinnej.

W trakcie pobytu dziecka na oddziale dziennym terapię prowadzono ze szczególnym uwzględnieniem wzmacniania jego pozytywnych zachowań (chwalenie, zbieranie punktów, przydzielanie za nie wybranych przez chłopca nagród). Widziano, jak duża trudność sprawia matce dostrzeganie pozytywnych stron syna oraz tworzenie własnych propozycji nagród. Pewną zmianę emocjonalnego stosunku do dziecka zaobserwowano po kilku miesiącach hospitalizacji, gdy widoczne stały się jego postępy w nauce, a matka odbyła kilka indywidualnych rozmów z psychologiem o swojej relacji z matką, co ułatwiło bardziej empatyczne podejście do problemów własnego dziecka. Pani K. nawiązała kontakt z matką

innego pacjenta, która okazała jej wiele życzliwości, wspierała emocjonalnie; spotykały się wraz z dziećmi w różnych okolicznościach.

Po wypisaniu z oddziału chłopiec podjął naukę w rejonowej szkole; nauczyciele potwierdzali poprawę zachowania i ocen. Pani K. podczas jednej z wizyt w poradni okazała wzruszenie w związku z pozytywną opinią wychowawcy na temat szkolnego funkcjonowania syna. Kilka tygodni później poinformowała, że z powodu konfliktu z personelem rejestracji zamierza zmienić poradnię. Po 2 miesiącach jednak ponownie zgłosiła się na wizytę. Do chwili obecnej chłopiec pozostaje pod opieką poradni przyszpitalnej. Matka zgłasza trudności w radzeniu sobie z opozycyjnymi zachowaniami dziecka, które występują obecnie jedynie w środowisku domowym. Nie jest jeszcze dostatecznie zmotywowana do podjęcia indywidualnej terapii (dwukrotne próby zalecanej przez nas terapii kończyły się jej przerwaniem po kilku spotkaniach). W ostatnim okresie była zainteresowana możliwością indywidualnej pracy z psychologiem nad modyfikacją stosowanych przez nią metod wychowawczych. Podczas wizyt w poradni zauważono wyższy poziom zadowolenia z zachowania dziecka w porównaniu z okresem przed przyjęciem na oddział, niższy poziom wrogości, dostrzeganie związku pomiędzy wpływem środowiska, metodami wychowawczymi a funkcjonowaniem dziecka. W dalszym ciągu była jednak skoncentrowana na problemach w relacji z własną matką. Pozostała zależna, labilna emocjonalnie.

### Dyskusja

Obserwacja dziecka na oddziale, zebrany wywiad oraz analiza interakcji w rodzinie pokazują wpływ niekorzystnych czynników rodzinnych na utrwalanie się negatywnych zachowań dziecka. W rodzinie, w której panowała jawna atmosfera konfliktów, a osoby dorosłe były skoncentrowane na dążeniu do zrekompensowania swoich niezaspokojonych potrzeb, pomijano potrzeby dziecka. W przypadku chłopca występowały ponadto opisywane w literaturze, m.in. przez Glaser [9], formy krzywdzenia emocjonalnego, takie, jak przypisywanie dziecku negatywnych cech (obwinianie, porównywanie do byłego partnera), stawianie wymagań przekraczających możliwości (np. oczekiwanie, że będzie się ono przez długi czas koncentrowało na nadrabianiu zaległości szkolnych oraz ćwiczeniach usprawniających pisanie), lekceważenie jego indywidualnych potrzeb, ośmieszanie przed grupą dzieci. Na podstawie anamnezy dotyczącej relacji matka – syn od okresu niemowlęctwa, można wnioskować, że charakteryzowała się ona zaburzonym wzorcem więzi (typ A wg Ainsworth), co zgodnie z wynikami badań stanowi czynnik ryzyka współwystępowania zaburzeń opozycyjno-buntowniczych u dziecka z ADHD [8]. Obecna interakcja pani K. z synem ukazywała trudności z okazywaniem miłości dziecku oraz elementy przemocy emocjonalnej z jej strony. Analiza historii rodziny bardzo wyraźnie pokazuje przekazywany wielopokoleniowo wzorec zaburzeń więzi w rodzinie, w której w każdym z opisanych pokoleń występowała przemoc emocjonalna i inne poważne formy nadużyć. Historia pobyków pani K. w placówkach opiekuńczych pokazuje jej przeżycia związane z rozłąką z matką oraz nieskuteczność i szkodliwość oddziaływań wychowawczych prowadzonych w izolacji dziecka od rodziców. Pani K. sama nie doświadczywszy pozytywnej więzi z własną matką w dzieciństwie (co było m.in. uwarunkowane historią życia jej matki) i nie mając wsparcia w niej w okresie, kiedy urodził się syn, miała trudności z identyfikacją z rolą

matki, a tym samym z wytworzeniem pozytywnej więzi z własnym dzieckiem. Zaburzenia więzi w dzieciństwie wpłynęły również na jej trudności w odnalezieniu się w roli partnerki — była zależna emocjonalnie od konkubenta, silnie skoncentrowana na tej relacji, dążyła do zrekompensowania niezaspokojonych potrzeb. Koncentrując się na tej relacji, trudno jej było równocześnie być dla syna „wystarczająco dobrą matką”.

W chwili obecnej pani K. i jej matka dążą do zaspokojenia swoich potrzeb emocjonalnych w ich relacji; jak dotąd, nie zostały przepracowane wcześniejsze przeżycia traumatyczne każdej z nich. Niezależnie od wyraźnie zaznaczonych zaburzeń więzi, z opinii psychologicznych dotyczących pani K. wynika, że podobnie jak syn mogła ona cierpieć z powodu objawów zespołu hiperkinetycznego, które nie były wówczas rozpoznawane. Przetrwale cechy tego zaburzenia, takie jak zaburzenia uwagi i impulsywność, obserwowane u pani K., mogły pogłębiać trudności w kontakcie z dzieckiem i wpływać na stosowane przez nią metody wychowawcze. Z literatury wiadomo, że objawy hiperkinetyczne rodzica mogą stanowić czynnik ryzyka zaburzeń przywiązania, a nawet stosowania przemocy [3, 7]. Metody wychowawcze stosowane w rodzinie, mimo jej wcześniejszego uczestnictwa w treningach rodzicielskich, nie zostały zmodyfikowane, a wręcz przeciwnie — wzmocniły tendencje do karania dziecka. Uwaga matki i ojczyma koncentrowała się głównie na negatywnych zachowaniach chłopca oraz wprowadzaniu kar i ograniczeń w celu eliminacji tych zachowań. Działania te, powodując frustrację związaną z niezaspokojeniem potrzeb emocjonalnych, wyzwały u chłopca agresję i nasilały zachowania opisywane jako opozycyjne. Również wcześniejsze formy terapii, głównie psychoedukacja na temat zespołu nadpobudliwości psychoruchowej, terapia grupowa dziecka oraz leczenie farmakologiczne, nie przyniosły pożądanego efektu. Zgodnie z opisem reakcji rodziców krzywdzących emocjonalnie dzieci [5], również i w tym przypadku gotowość rodziny do regularnego uczestnictwa w spotkaniach była ograniczona. Na początku hospitalizacji typowe było nastawienie na leczenie farmakologiczne „choroby psychicznej” w celu zmiany zachowań dziecka. Zaburzenia więzi (niska tolerancja frustracji) oraz przetrwale cechy nadpobudliwości (impulsywność) mogły przyczynić się do tymczasowego zerwania kontaktu z placówką terapeutyczną (zgodnie z badaniami Werb [cyt. za: 14] i Anostopoulou i Farleya [1]).

### Wnioski

Na podstawie literatury, doświadczeń z pracy na oddziale dziennym psychiatrii dzieci i młodzieży oraz opisanego przypadku można sformułować następujące wnioski dotyczące leczenia dzieci z rozpoznaniem ADHD i współtowarzyszących zaburzeń psychicznych:

- Plan oddziaływań terapeutycznych powinien być wsparty szeroką, rozłożoną w czasie, ale możliwie najszybszą diagnozą całokształtu problemów dziecka i jego środowiska.
- Szczególną uwagę należy zwrócić na charakter relacji rodzinnych i stosowane przez rodziców lub innych opiekunów metody wychowawcze.
- W przypadku rozpoznania krzywdzenia emocjonalnego dziecka należy podjąć działania zmierzające do ograniczenia tego zjawiska poprzez udzielenie informacji opiekunom o niewłaściwych formach interakcji z dzieckiem, dalszą obserwację w celu ustalenia, czy stosowane metody wychowawcze zostały zmodyfikowane, zalecanie form terapii

ukierunkowanej na interakcję rodzic – dziecko; w razie odmowy współpracy konieczne może być powiadomienie sądu rodzinnego.

Wydaje się, że stosowanie wyłącznie farmakologicznych i behawioralnych form terapii dziecka z rozpoznaniem ADHD, które jest krzywdzone, jest nieskuteczne, a niekiedy nasila przemoc. Istnieją przesłanki, aby założyć, że w przypadku rodzin dzieci z ADHD i ODD ze współistniejącą przemocą emocjonalną w rodzinie wskazane jest uwzględnienie w terapii pracy nad problemem więzi.

Współpraca z rodzicami dzieci krzywdzonych, nadpobudliwych psychoruchowo, może być utrudniona m.in. z powodu zrywania kontaktu z placówką terapeutyczną. Na zjawisko wypadania z terapii ma wpływ wiele czynników, które, poza bezpośrednimi przyczynami związanymi z terapią, mogą być następstwem występujących w rodzinie wielopokoleniowych zaburzeń przywiązania. Budowanie sojuszu terapeutycznego może być procesem długotrwałym, a terapeutę powinna cechować cierpliwość, szeroka wiedza i doświadczenie psychoterapeutyczne.

Zagadnienie efektywności różnych form terapii dzieci z ADHD ze współtowarzyszącymi zaburzeniami psychicznymi wymaga dalszych badań, które pozwoliłyby na wdrożenie metod terapii dopasowanych do problemów dziecka i jego rodziny.

### Piśmiennictwo

1. Anostopoulos AD, Farley SE. Program treningu poznawczo-behawioralnego dla rodziców dzieci z zespołem nadpobudliwości ruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi. W: Kazdin AE, Weisz JR, red. *Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006, s. 210–228.
2. Kutcher S, Aman M, Brooks SJ, Buitelaar J. i in. Międzynarodowe stanowisko na temat zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi i zaburzeń zachowania — implikacje kliniczne i sugestie dotyczące leczenia. *Eur. Neuropsychopharm.* 2004; (14): 11–28.
3. Pinto C, Turton P, Hughes P, White S, Gillberg C. ADHD and infant disorganized attachment: a prospective study of children next-born after stillbirth. *J. Atten. Dis.* 2006; 10: 83–91.
4. Ford JD, Racusin R, Ellis CG, Daviss WB, Reiser J, Fleischer A, Thomas J. Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorder. *Child maltreatment* 2000; 5: 205–217.
5. Fonagy P, Target M, Cottrell D, Phillips J, Kurtz Z. *What works for whom? Differential indications for treatment/intervention*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag; 2004.
6. Błachno M, Szymańska U, Kołakowski A, Pisula A. Karanie fizyczne dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej przez ich rodziców. *Psychiatr. Pol.* 2006; XL (1): 43–55.
7. Finzi-Dottan R, Manor I, Tyano S. ADHD, temperament and parental style as predictors of the child's attachment patterns. *Child Psychiatr. Hum. Dev.* 2006; 37 (2): 103–114.
8. Chronis AM, Lahey BB, Pelham WE Jr, Williams SH, Rathouz PJ. Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Dev. Psychol.* 2007; 43(1): 70–82.
9. Glaser D. Podstawy teoretyczne i pojęciowe dotyczące krzywdzenia psychicznego i zaniedbywania emocjonalnego dzieci. *Dziecko krzywdzone* 2003; 4: 7–23.
10. Ney PG. Does verbal abuse leave deeper scars: a study of children and parents. *Can. J. Psych.* 1987, 32 (1), 371–377.

11. Ainsworth M, Blehar M, Waters E, Wall S. Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. Hillsdale NJ: Erlbaum; 1978.
12. Pisula E. Badania przywiązania. Badania nad zachowaniem dzieci o zaburzonym rozwoju, znajdujących się w obcej sytuacji. W: Autyzm i przywiązanie. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003, s. 35–45.
13. Glaser D. Krzywdzenie i zaniedbywanie dzieci a funkcjonowanie mózgu — przegląd badań. Dziecko krzywdzone 2006; 14: 6–48.
14. Brinkmeyer MY, Eyberg SM. Terapia interakcji rodzic – dziecko dla dzieci z zachowaniami opozycyjnymi. W: Kazdin AE, Weisz JR, red. Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006, s. 229–252.

Adres: Klinika Psychiatrii Wieków Rozwojowego  
WUM, 00-576 Warszawa, ul. Marszałkowska 24  
tel./fax 0-22-621-16-45. e-mail:brzozowska.ag@gmail.com

## **Dofinansowanie naukowych wyjazdów zagranicznych**

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego informuje o możliwości uzyskania przez członków zwyczajnych Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego dofinansowania ich udziału w zjazdach, sympoziach i konferencjach naukowych odbywających się za granicą. Zasady przyznawania dofinansowania określają załączone „Zasady”. Komitet „Konferencje Naukowe PTP” ZG PTP gromadzi na ten cel środki na koncie:

Polskie Towarzystwo Psychiatryczne Konferencje Naukowe, ul. Kopernika 21B 31-501 Kraków, w Banku PKO SA, Oddz. w Krakowie, Rynek Gł. 31, nr rachunku: 12401431-7001815-2700-401112-001.

Zarząd zachęca członków towarzystwa do korzystania z tej możliwości, a także do pozyskiwania sponsorów dla tej działalności.

Wnioski o dofinansowanie należy składać na adres komitetu na ręce prof. dr. hab. med. Jacka Bomby.

### **Zasady dofinansowania przez Zarząd Główny wyjazdów na zjazdy, sympozja, konferencje naukowe za granicą z funduszu „Konferencje Naukowe PTP”**

1. Z refundacji kosztów udziału w zjazdach, konferencjach, sympoziach naukowych za granicą korzystać mogą członkowie zwyczajni Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

2. Refundacja nie może przekroczyć równowartości 1000 USD

3. Refundacja może być rozliczona jako:

a. stypendium ZGPTP (tzn. jako opodatkowany przychód)

b. delegacja – przy czym jej koszty nie mogą przekroczyć kwot określonych w pkt. 2.

4. Wniosek o dofinansowanie powinien wyprzedzać termin zjazdu i zawierać:

a. potwierdzenie członkostwa zwyczajnego z datą przyjęcia do PTP, dokonane przez sekretarza oddziału, oraz opłacenia składek członkowskich dokonane przez skarbnika oddziału

b. informację o imprezie

c. kopię streszczenia zgłoszonego doniesienia

d. kopię potwierdzenia przyjęcia doniesienia do programu zjazdu

5. Dofinansowanie może być przyznane tylko jednemu autorowi w przypadku prezentacji prac zbiorowych.

6. Osoby korzystające z dofinansowania składają Zarządowi Głównemu sprawozdanie ze sponsorowanego wyjazdu w takiej formie, by mogło być opublikowane w czasopiśmie towarzystwa.

7. Niniejsze zasady zostały przyjęte przez Zarząd Główny na posiedzeniu w dniu 7 kwietnia 1995 r.

8. W dniu 6 czerwca 2006 Zarząd Główny zmienił treść pkt 2 Regulaminu. Stypendium nie może przekraczać 1000 USD, niezależnie od miejsca konferencji.