

## Karanie fizyczne dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej przez ich rodziców

### Parental corporal punishment in children with attention-deficit hyperactivity syndrome

Magda B ł a c h n o , Urszula S z a m a ń s k a , Artur K o ł a k o w s k i ,  
Agnieszka P i s u ł a

Klinika Psychiatrii Wieków Rozwojowych AM w Warszawie  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. T. Wolańczyk

#### Summary

**Aim.** The aim of this study was to assess the frequency and causes of corporal punishment in children with attention-deficit hyperactivity disorder in comparison with the general population and to evaluate methods of prevention applied in The Department of Child Psychiatry in Warsaw.

**Method.** 82 parents of children with ADHD participating in the Parental Training Programme were asked to fill in an anonymous questionnaire concerning corporal punishment.

**Results.** 95% parents abuse their children physically. ADHD in parents and co-occurrence of ADHD symptoms in children influence punishment frequency. Parents with ADHD, in comparison with parents without ADHD use more serious types of physical punishment.

After the Parental Training Programme 72% parents used other kinds of punishment.

**Conclusions.** Parental corporal punishment in children with ADHD is not uncommon. The efficacy of psychoeducation in the examined area seems to be very promising.

*Słowa klucze:* zespół nadpobudliwości psychoruchowej, krzywdzenie dzieci,  
karanie fizyczne, psychoedukacja

*Key words:* attention-deficit hyperactivity disorder, corporal punishment, physical abuse,  
psychoeducation

#### Wstęp

Omawiając przyczyny fizycznego krzywdzenia dziecka zwraca się uwagę na współdziałanie czynników kulturowych, środowiskowych, osobowościowych, cech dziecka, więzi łączących z rodzicami oraz czynników spustowych [1]. Bardzo rzadko daje się ustalić jedną przyczynę krzywdzenia. Obecnie wielu autorów skłania się ku twierdzeniu, że istnieją pewne cechy dziecka mogące prowadzić do stosowania wobec niego przemocy [2]. Goodman i Scott [3] wśród czynników usposabiających

do maltretowania dziecka wymieniają m.in. występowanie u dziecka zespołu nadpobudliwości psychoruchowej.

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej (Attention Deficit Hiperactivity Disorder – ADHD) według klasyfikacji ICD-10 objawia się trwałymi wzorcami zachowania układającym się w charakterystyczną triadę objawów: problemy z utrzymaniem uwagi, problemy z kontrolą impulsywności, nadmierna ruchliwość. O zespole tym możemy mówić, gdy objawy te trwają przynajmniej 6 miesięcy oraz stają się źródłem wielu niepowodzeń w domu, w szkole, niekorzystnie wpływają na naukę, rozwój dziecka i życie rodzinne. Innymi słowy – gdy przeszkadzają dziecku oraz jego otoczeniu w codziennym życiu [4].

Do innych stałych cech zespołu nadpobudliwości, choć nie zaliczanych oficjalnie do kryteriów diagnostycznych ICD-10 i DSM-IV, ponieważ wynikają z kompilacji zaburzeń koncentracji uwagi, nadruchliwości i nadmiernej impulsywności, należą: gorsza niż u rówieśników umiejętność przestrzegania i rozumienia norm społecznych, ciągłe badanie granic i trwałości norm czy zakazów [5].

Zarówno „osiowe”, jak i towarzyszące objawy nadpobudliwości są odbierane przez otoczenie jako wyjątkowo uciążliwe, a z racji ich występowania i dzieci i rodzice ponoszą na co dzień wiele negatywnych konsekwencji. W literaturze wiele uwagi poświęca się omówieniu zaburzenia w kontekście funkcjonowania dziecka, pomijając trudności, jakie napotyka rodzic. W praktyce dla rodzica/opiekuna nadpobudliwość psychoruchowa dziecka często oznacza m.in. wielogodzinne odrabianie z nim lekcji, ciągłe powtarzanie poleceń, uwag i próśb, jego nieustanną kontrolę, pilnowanie go w codziennych obowiązkach, częste straty finansowe związane z koniecznością zakupu zagubionych rzeczy, szukanie pomocy w problemach szkolnych dziecka (np. korepetycje), częste słuchanie oskarżeń, zażaleń i uwag, narażanie się na podważanie własnych umiejętności rodzicielskich i wychowawczych, odizolowanie od znajomych. Najprawdopodobniej z powodu uciążliwości objawów i związanych z nimi konsekwencji, nadpobudliwość jest zaburzeniem zwiększającym ryzyko fizycznej przemocy wobec dziecka.

Wiele badań dotyczących funkcjonowania rodzinnego wskazuje na istnienie zasadniczych różnic w metodach wychowawczych i sposobach radzenia sobie w sytuacjach problemowych między rodzicami dzieci nadpobudliwych a populacją ogólną. Rodziców dzieci nadpobudliwych charakteryzuje gorsze radzenie sobie, stosowanie agresywnych metod wychowawczych i wprowadzanie ostrej dyscypliny [6]. W rodzinach tych stosowanie kar fizycznych wobec nadpobudliwych dzieci jest również zjawiskiem istotnie częstszym niż w przypadku rodzin dzieci bez tego zaburzenia [7].

Rozpowszechnienie zjawiska, jakim jest przemoc fizyczna wobec dzieci, jest trudne do określenia, ponieważ często wyniki zależą od sposobu zdefiniowania badanego zjawiska i metod oceny. Jak wynika z raportu z ogólnopolskich badań oceniających powszechność zjawiska krzywdzenia dzieci, przeprowadzonych w 2001 roku przez Fundację Dzieci Niczyje, odsetek dorosłych i dzieci doświadczających kar cielesnych jest bardzo wysoki. Według tych danych 59,3% badanych dorosłych było w dzieciństwie karanych kłapsem, 23,3% doświadczyło surowych kar fizycznych, 20,8% zostało uderzonych w twarz. Kary stosowane były najczęściej „czasami” – 27,8%, „rzadko

i bardzo rzadko” – 44%. Odpowiedź „nigdy” uzyskano od 19% badanych. Badani ci stosowali również kary fizyczne wobec własnych dzieci. Klapsy stosowało 80,4% badanych, bicie pasem 24,8%, uderzenie w twarz 7,2%. Kar fizycznych nie stosowało 19,6%. Większość badanych deklarowała, że jedynie sporadycznie dopuszczała się kar fizycznych wobec własnych dzieci [8].

### **Cel pracy**

Praca dotyczy oceny nasilenia i przyczyn zjawiska, jakim jest krzywdzenie fizyczne dzieci z nadpobudliwością psychoruchową, porównania wyników z badaniami częstości zjawiska w populacji ogólnej, jak również sposobów przeciwdziałania tej przemocy stosowanych w Klinice Psychiatrii Wiekowej.

### **Metoda**

W Klinice Psychiatrii Wiekowej AM w Warszawie od kilku lat prowadzone są warsztaty psychoedukacyjne („treningi rodzicielskie”) dla rodziców dzieci z rozpoznaniem nadpobudliwości psychoruchowej. Ich głównym celem jest wyjaśnienie rodzicom specyfiki zaburzenia, uświadomienie im ograniczeń dziecka, jakie wynikają z racji występowania u niego zaburzenia, przekazanie wiedzy teoretycznej i praktycznej dotyczącej metod postępowania z dzieckiem nadpobudliwym (definiowanie własnych oczekiwań względem dziecka, ustalanie norm i zasad, pochwały, wydawanie poleceń, nagradzanie, konsekwencje). Półtoragodzinne spotkania odbywają się raz w tygodniu przez trzy miesiące (12 spotkań).

Podczas ostatniego spotkania rodzice zostali poproszeni o wypełnienie anonimowej ankiety skonstruowanej na potrzeby badania. Pytania ankietowe dotyczyły:

- występowania u dzieci poszczególnych objawów nadpobudliwości
- postawy rodziców wobec każdego z objawów nadpobudliwości
- częstości stosowania kar cielesnych, rodzaju kar cielesnych, przyczyn stosowania kar cielesnych (zarówno w nieokreślonym czasie przed rozpoczęciem warsztatów, jak i po zakończeniu kursu)
- występowania nadpobudliwości u rodziców
- korzyści z uczestnictwa w warsztatach.

Ze względu na brak szczegółowo określonego czasu w pytaniach dotyczących wydarzeń przed rozpoczęciem warsztatów nie przeprowadzono analizy nasilenia karania w podgrupach wiekowych dzieci. Do analizy statystycznej dotyczącej różnic rozkładów w grupach użyto testu Chi<sup>2</sup>.

### **Badana grupa**

Badaniem ankietowym zostało objętych 82 rodziców, w tym 5 par małżeńskich (każdy z rodziców wypełniał ankietę indywidualnie), czyli przedstawiciele 77 rodzin. Wszystkie osoby biorące udział w warsztatach i badaniu były rodzicami dzieci leczonych w Poradni Nadpobudliwości Psychoruchowej przy klinice. W przyjętych przez

zespół warunkach kwalifikacji rodzica do uczestnictwa w warsztatach, dokonywanej przez lekarza psychiatrę, było zdiagnozowanie u dziecka zespołu nadpobudliwości psychoruchowej, jak również obiektywna ocena indywidualnych cech rodzica, umożliwiających podjęcie współpracy w grupie (m.in. chęć współpracy w procesie leczenia dziecka, możliwości intelektualne rodzica, brak uzależnień i zaburzeń psychicznych). Wiek rodzica, miejsce zamieszkania, status społeczny nie były brane pod uwagę podczas kwalifikacji; czynniki te nie były uwzględniane również w badaniu ankietowym. Kryterium zapisania rodziców do konkretnej grupy warsztatowej był wiek dziecka (grupy wiekowe: I grupa do 8 r. ż., II grupa 9–12 lat; III grupa 13 lat i więcej). Podział wiekowy został ustalony przez osoby prowadzące warsztaty po analizie rodzaju i nasilenia najczęściej pojawiających się problemów u dzieci w różnym wieku i różnicy w możliwościach radzenia sobie z problemami przez rodziców tych dzieci.

## Wyniki

### Uciążliwość poszczególnych grup objawów

Około 93% badanych (72 rodziny) miało dzieci ze zdiagnozowanym podtypem mieszanym nadpobudliwości, u 2% dzieci zdiagnozowano zaburzenia koncentracji uwagi.

Poproszono rodziców o ocenę uciążliwości poszczególnych objawów i wpływu danego objawu na uruchomienie mechanizmu stosowania kar cielesnych. Za najbardziej uciążliwy objaw uważana jest impulsywność. Około 67% badanych uważa, że nie radzi sobie z tym objawem i z powodu tego objawu zdarza im się ukarać fizycznie dziecko (64%). Brak koncentracji uwagi, podobnie jak nadruchliwość, stanowi dla około 38% rodziców czynnik wyzwalający stosowanie kar cielesnych. W grupie z wyłącznym deficytem koncentracji uwagi objaw ten oceniano jako bardzo uciążliwy i również wyzwalający mechanizm karania (tab.1).

Tabela 1

### Uciążliwość poszczególnych grup objawów

Objaw	Ocena uciążliwości objawu			
	Nieuciążliwy	Mało uciążliwy	Bardzo uciążliwy /nie radzę sobie	Stosowanie kar*
Zaburzenia koncentracji uwagi	1	41	57	37
Nadruchliwość	7	48	46	39
Impulsywność	6	27	67	64

\* uciążliwy/nie radzę sobie

Wyniki poddano analizie pod kątem wpływu współwystępowania objawów na ocenę ich uciążliwości i częstość stosowanych kar. Wyniki wskazują, że w przypadku współwystępowania objawów zwiększa się częstość stosowanych kar (tab.2 ).

Tabela 2

**Współwystępowanie objawów a ocena ich uciążliwości i częstość stosowanych kar (w%)**

Uciążliwy objaw	Liczba	Stosowanie kar	Z zaburzeniami koncentracji uwagi	Stosowanie kar	Z impulsywnością	Stosowanie kar	Z nadruchością	Stosowanie kar	Z izolowanym objawem	Stosowanie kar
Zaburzenia koncentracji uwagi	57	37			26	29	20	24	11	11
Impulsywność	67	64	33	31			29	29	16	14
Nadruchliwość	46	39	13	21	20	25			5	4

**Występowanie u rodziców objawów nadpobudliwości**

W badaniu ankietowym 54% rodziców przyznało się do występowania u nich objawów nadpobudliwości w dzieciństwie i widocznych w chwili obecnej objawów impulsywności (52%), zaburzeń koncentracji uwagi (1%) i impulsywności z nadruchością (1%).

**Częstotliwość stosowania przemocy wobec dzieci z ADHD przez ich rodziców**

Na pytanie, jak często rodzice, uważający się za nadpobudliwych, lub nie, stosują kary fizyczne i czy w ogóle je stosują, uzyskano następujące odpowiedzi (tab. 3):

Tabela 3

**Częstotliwość stosowania kar (w%)**

Częstotliwość stosowania kar	Odsetek rodziców	W tym:	
		rodzice nadpobudliwi	rodzice bez cech ADHD
Kilka razy dziennie	7	2	0
Raz dziennie	5	4	1
Kilka razy w tygodniu	23	17	6
Raz w tygodniu	20	10	10
Około 3 razy w miesiącu	48	13	15
Sporadycznie	17	10	7
Nigdy	5	4	1

W badanej grupie 95% rodziców przyznało się do karania fizycznego dzieci – 7% rodziców stosuje kary fizyczne codziennie, 23% bije dzieci kilka razy w tygodniu, około 48% rodziców średnio stosuje kary fizyczne około 3 razy w miesiącu, 17% przyznaje się do sporadycznego stosowania kar cielesnych. Analiza statystyczna uzyskanych wyników wskazuje, że istnieje zależność pomiędzy częstością stosowa-

nych kar a występowaniem u rodziców nadpobudliwości. Rodzice uważający się za nadpobudliwych statystycznie częściej niż rodzice bez nadpobudliwości stosują kary cielesne (test Chi<sup>2</sup>; p<0,05).

#### Rodzaj i liczba kar cielesnych stosowanych przez rodziców

Wyniki przedstawione zostały w tabeli 4.

Tabela 4

#### Rodzaj i liczba stosowanych kar (w%)

Rodzaj kary cielesnej	Odsetek rodziców	W tym:	
		rodzice nadpobudliwi	rodzice bez cech ADHD
Klapy	87	49	38
Szarpanie	61	32	29
Bicie pasem	46	37	9
Popychanie	44	29	15
Targanie za uszy	36	27	9
Mocniejsze uderzenie	28	16	12
Pociąganie za włosy	23	13	10
Ostrzejsze formy	8	6	2

Najczęściej stosowane kary wobec dzieci to klapy (87% badanych), szarpanie (61% badanych), bicie pasem (46% badanych) i popychanie (44% badanych). Ostrzejsze karanie dziecka jest zjawiskiem obserwowanym częściej w przypadku rodziców uważających się za nadpobudliwych. Różnica pomiędzy tymi dwiema podgrupami a rodzajem stosowanych kar jest istotna statystycznie (test Chi<sup>2</sup>; p<0,05).

Analizie poddano również liczbę sposobów karania dziecka w danej rodzinie (tab. 5).

Tabela 5

#### Liczba sposobów karania (w%)

Liczba stosowanych rodzajów kar	Odsetek rodziców	W tym:			
		rodzice bez cech ADHD		rodzice nadpobudliwi	
0	5	3	60*	2	40*
1	25	14	57*	11	43*
2	18	7	40*	11	60*
3	14	7	50*	7	50*
4	7	0	0*	7	100*
5	4	0	0*	4	100*
6	21	7	33*	14	67*
7	4	0	0*	4	100*

\* za 100% uznano odsetek rodziców podających liczbę rodzajów stosowanych kar

43% rodziców stosuje 1 lub 2 rodzaje kar cielesnych, 21% badanych przyznaje się do stosowania aż 6 różnych sposobów karania dziecka. Z uzyskanych danych wynika, że istnieje zależność pomiędzy liczbą rodzajów kar cielesnych a występowaniem u rodziców objawów nadpobudliwości (test Chi<sup>2</sup>, p=0,01). Badani stosujący większą liczbę kar (od 4 wzwyż) to głównie rodzice uważający się za nadpobudliwych.

Uzyskane wyniki poddano również analizie pod kątem zależności między częstością kar cielesnych a ich ogólną liczbą i liczbą ciężkich kar. Za „ciężkie kary” arbitralnie uznano bicie pasem, szarpanie, mocniejsze uderzenie i inne ostrzejsze formy karania (możliwe jest uzyskanie wyników od 0 do 4). Wyniki przedstawiono w tabeli 6.

Tabela 6

**Częstotliwość stosowanych kar a liczba ich rodzajów i liczba kar ciężkich**

Częstość stosowanych kar	Odsetek rodziców	Liczba rodzajów stosowanych kar*	Liczba ciężkich kar fizycznych*
Kilka razy dziennie	2	6	4
Raz dziennie	5	5	2
Kilka razy w tygodniu	23	3	2
Raz w tygodniu	20	5	3
Okolo 3 razy w miesiącu	28	3	2
Sporadycznie	17	2	1

\* średnia

Największą liczbą różnych rodzajów kar (5 i 6) stosują rodzice karzący dziecko kilka razy bądź raz dziennie. Rodzice karzący dzieci kilka razy dziennie przyznają się również do stosowania wszystkich wymienionych w ankiecie ciężkich rodzajów kar fizycznych.

**Przyczyny stosowania przemocy wobec dzieci z ADHD przez ich rodziców**

Na pytanie o przyczyny stosowania przemocy uzyskano od rodziców wiele różnorodnych odpowiedzi (tab. 7).

Tabela 7

**Najczęstsze przyczyny stosowania przemocy (w%)**

Przyczyny stosowania przemocy	Odsetek rodziców
Brak cierpliwości	78
Bezsilność	66
Brak znajomości innych skuteczniejszych metod	52
Nic innego nie skutkuje	48

Badani najczęściej (78%) uzasadniają stosowanie przemocy wobec dziecka brakiem cierpliwości, 66% – własną bezsilnością i 52% – brakiem znajomości innych skuteczniejszych metod oddziaływań wychowawczych.

## Ocena skuteczności warsztatów

Na pytanie, w jakim zakresie rodzicom pomogły warsztaty, wśród najczęściej udzielanych odpowiedzi znalazły się (tab. 8):

Tabela 8

## Ocena skuteczności warsztatów (w %)

Sfera poprawy	Odsetek rodziców
Lepsze zrozumienie problemów dziecka	89
Stosowanie innych kar niż cielesne	72
Lepsze radzenie sobie w sytuacjach kryzysowych	55
Skuteczniejsze radzenie sobie z własnymi emocjami	48

Porównanie uzyskanych wyników z wynikami badań ogólnopolskich

Porównano uzyskane wyniki z wynikami badań populacji ogólnej (tab. 9).

Tabela 9

## Częstotliwość i rodzaj kar – porównanie wyników omawianej pracy z wynikami ogólnopolskimi

Porównywane zmienne		Wyniki badań ogólnopolskich*	Wyniki badań własnych dotyczące rodziców dzieci z ADHD
Liczba rodziców stosujących kary		około 80%	95%
Częstość stosowanych kar	nigdy	około 20%	5%
	rzadko/bardzo rzadko	większość badanych	17%
	czasami / 3 razy w miesiącu	27%	28%
Rodzaje kar	klapsy	80%	87%
	surowe kary	23,3%	28%
	bicie pasem	24,8%	46%

\* badania FDN 2001 r. [3]

## Omówienie

Jak wskazują przedstawione wyniki, karanie fizyczne dzieci z zespołem nadpobudliwości jest zjawiskiem bardzo nasilonym i złożonym. Wśród trzech grup objawów za objaw najczęściej prowokujący do wymierzania kar cielesnych jest uważana impulsywność, a najmniej zaburzenia koncentracji uwagi (tab. 1). W badanej grupie, wśród izolowanych objawów uznanych za uciążliwe, za najmniej prowokującą stosowanie kar fizycznych uważana była nadrucliwość. Uwagę zwraca fakt, że częstość stosowania kar cielesnych we wszystkich grupach objawów wzrastała, gdy dodatkowo objawy współwystępowały ze sobą (tab. 2).

Dzieci z podtypem zaburzeń koncentracji uwagi są karane równie często jak dzieci z podtypem mieszanym, jednak liczba dzieci z tym podtypem stanowiła mały

procent badanej grupy i wyniki mogą być niemiernodajne. Inne badania potwierdzają, że izolowane zaburzenie koncentracji uwagi (ADD), tak samo jak pozostałe objawy nadpobudliwości, są w równym stopniu czynnikiem zwiększającym częstość fizycznej przemocy [7].

W badanej grupie 95% rodziców przyznało się do stosowania kar cielesnych. Porównując dane ze wspomnianymi wyżej badaniami ogólnopolskimi (tab. 9), można wysnuć wniosek, że odsetek rodziców stosujących kary fizyczne wobec dzieci nadpobudliwych jest większy niż w populacji ogólnej, co potwierdza wyniki wcześniejszych prac [7]. W tych badaniach największą grupę osób stanowili rodzice stosujący kary od 3 do 4 razy w miesiącu. Duża grupa rodziców przyznała się do stosowania kar kilka razy w miesiącu. Wyniki wskazują jednoznacznie, że około 70% dzieci rodziców badanej grupy bitych jest bardzo często (tab. 3). W badanej grupie zaobserwowano również, że rodzice, którzy bardzo często stosują kary fizyczne (kilka razy dziennie), stosują także większą liczbę rodzajów kar i bardzo często ich ostrzejsze formy. Rodzice karzący dziecko raz dziennie również stosują dużą liczbę rodzajów kar fizycznych, ale rzadziej stosują ich ostrzejsze formy. Świadczyć to może o tym, że rodzice rozładowujący swoje napięcie bardzo często (kilka razy dziennie) tracą kontrolę nie tylko w nasileniu, ale też w formie karania. W przypadku rodziców nieco rzadziej tracących kontrolę – raz dziennie, forma karania jest nieco inna. Rodzice ci również stosują dużą liczbę rodzajów kar, ale częściej są to ich łagodniejsze formy. W przypadku rodziców stosujących kary fizyczne kilka razy w miesiącu, bądź rzadko, liczba rodzajów stosowanych kar jest mniejsza, ale równie często zdarzają się przypadki karania fizycznego dziecka w okrutny sposób, przybierając formę krzywdzenia fizycznego (tab. 3). Wyjątek stanowią rodzice stosujący kary kilka razy dziennie. Największy odsetek tej grupy to badani z obecnymi cechami nadpobudliwości. Można przyjąć, że rodzice z dużym deficytem kontroli impulsów tracą łatwo kontrolę nad zachowaniem.

Uzyskane wyniki wskazują, że główną przyczyną stosowania kar są w opinii rodziców najczęściej zachowania wynikające z nadpobudliwości dziecka, brak umiejętności radzenia sobie z objawami zaburzenia, brak wiedzy opiekunów na temat zaburzenia. Bezsilność, bezradność, utrata cierpliwości są najczęściej pochodną braku wiedzy i umiejętności radzenia sobie z zachowaniami dziecka (tab. 7). Inne badania potwierdzają, że rodziców dzieci nadpobudliwych, w porównaniu z rodzicami dzieci bez ADHD, charakteryzuje również wyższy poziom stresu, samoobwinianie się, społeczne odosobnienie, depresyjność, niższy poziom samooceny kompetencji rodzicielskich [9]. Czynniki te, będące najprawdopodobniej konsekwencją trudnej sytuacji rodziny, mogą dodatkowo mieć wpływ na wzrost częstości i nasilenia reakcji agresywnych. W sytuacjach problemowych bezradność rodzica uruchamia negatywne przekazy o sobie, co prowadzi dodatkowo do kumulacji napięcia, a w konsekwencji do odreagowania polegającego na ukaraniu dziecka.

Dla części rodziców bicie dziecka nadpobudliwego traktowane jest jako jedyny skuteczny sposób oddziaływania wychowawczego – na zasadzie „nic innego nie skutkuje”. Podczas trwania warsztatów rodzice często mówią o swoim przemęczeniu, ciągłym stresie, braku własnego czasu, wstydzie z powodu zachowania dziecka, narażeniu na ciągłą krytykę i poczuciu braku kompetencji rodzicielskich. Wielu rodziców

deklaruje swoją niechęć do dziecka. Ten stan dodatkowo nasila u nich negatywne nastawienie do dziecka, a w konsekwencji wpływa na częstsze zachowania agresywne wobec niego.

Częstym powodem bicia dzieci okazuje się również brak wiedzy i zrozumienia specyfiki ADHD, a w szczególności występowanie, w zależności od sytuacji, w jakiej znajduje się dziecko, zmiennego nasilenia objawów [5]. Dziecko w różnych sytuacjach potrafi w większym lub mniejszym stopniu zapanować nad objawami, a różnice te wynikają przede wszystkim z różnego systemu funkcjonowania jego środowiska. Ta zmienność często przypisywana jest woli samego dziecka. Rodzice są przekonani, że skoro ich dziecko potrafi zachowywać się również dobrze, zasługuje na karę, kiedy zachowuje się w sposób niepożądany. Usilne dążenie rodzica do zmiany zachowania dziecka bez zrozumienia znaczenia własnych możliwości oddziaływania doprowadzić może do nasilania się fizycznej przemocy. Według Piekarskiej [10] wraz ze wzrostem dążenia rodziców do zmiany zachowania rośnie ich aprobata agresji jako instrumentu wychowawczego. Dlatego bardzo ważne wydaje się uświadomienie rodzicom ich znaczącego wpływu na zachowanie dziecka poprzez np. stworzenie mu odpowiedniego środowiska.

Na wielką uwagę zasługuje również fakt społecznego przyzwolenia na stosowanie fizycznych kar wobec dziecka nadpobudliwego. Rodzice naszych pacjentów często zwracają uwagę na istnienie dużej presji ze strony otoczenia (rodzina, przyjaciele, nauczyciele) wywieranej na nich w sytuacjach zachowań niepożądanych dziecka. Oczekuje się od nich jakiegokolwiek reakcji na jego zachowanie, a posiadanie tak „trudnego dziecka” często usprawiedliwia zastosowanie wobec niego przemocy.

Kolejnym obiektywnym czynnikiem zwiększającym ryzyko przemocy jest dodatkowo impulsywność samych rodziców. Z badań nad przebiegiem zespołu nadpobudliwości wiadomo, że 32%-50% krewnych dzieci z ADHD miało w dzieciństwie rozpoznane to samo zaburzenie, zaś u 71% krewnych miało lub ma podobne objawy jak leczone klinicznie dzieci [11]. Z drugiej strony, jeśli objawy ADHD utrzymują się u 30%-50% pacjentów w wieku dorosłym [11], a zespół nadpobudliwości zwiększa ryzyko wystąpienia utrzymujących się przez całe życie powikłań takich, jak zaburzenia zachowania, osobowość antyspołeczna, depresja, uzależnienie od narkotyków i alkoholu, zaburzenia lękowe – to można spodziewać się, iż u rodziców i krewnych dzieci nadpobudliwych częściej występować będzie nie tylko sam zespół nadpobudliwości, ale także inne zaburzenie psychiczne. W badanej grupie 52% przyznaje, że ma nadal problemy z pohamowaniem własnych reakcji impulsywnych. Z tego powodu, jak również z dużego prawdopodobieństwa występowania u rodziców różnych dodatkowych powikłań (nie było to celem tych badań), w badanej grupie rośnie liczba czynników zwiększających ryzyko stosowania przemocy wobec dziecka. Wśród rodziców z objawami/cechami nadpobudliwości widoczna jest różnica w częstości i liczbie rodzajów stosowanych kar cielesnych. W grupie tej rodzice najczęściej stosują kary od kilku razy w tygodniu do kilku razy w miesiącu, częściej stosują ostrzejsze formy przemocy i większą liczbę metod karania (tab. 6).

Dla większości rodziców bicie dziecka nadpobudliwego traktowane jest jako właściwy i często jedyny sposób oddziaływania wychowawczego. Przemoc fizyczna

w tych przypadkach najczęściej przybiera formę karania dziecka za objawy. Psychoedukacja ma na celu zmianę w sferze poznawczej i behawioralnej rodziców. Oprócz zdobywania wiedzy na temat przyczyn zachowania dziecka, rodzice uczą się skutecznych metod pracy z nim. Wiedza teoretyczna i praktyczna przekładać się może na stosowanie innych metod wychowawczych, zrozumienie zachowania dziecka, a przez to zmniejszenie się u niego zachowań niepożądanych i rzadsze jego karanie. Sam fakt zaprzestania stosowania kar cielesnych często przyczynia się do zmniejszenia nasilenia objawów nadpobudliwości i zmiany zachowania dziecka. Skuteczność warsztatów – przynajmniej deklarowana przez uczestników – pod tym względem okazuje się bardzo wysoka. 3/4 badanych przyznaje się do nabycia umiejętności stosowania innych metod wyciągania konsekwencji wobec dziecka niż kary fizyczne. W niektórych przypadkach w celu znalezienia sposobów przeciwdziałania trudnym sytuacjom konieczna i często jedyna staje się szczegółowa analiza sytuacji rodzinnej podczas pracy indywidualnej. Biorąc pod uwagę wyniki badania, program psychoedukacyjny połączony z praktycznym zastosowaniem różnych metod w formie spotkań grupowych okazuje się bardzo skutecznym sposobem zmniejszenia bądź całkowitego zaniechania stosowania przemocy wobec dzieci.

### Wnioski

Analizując uzyskane dane, można wysnuć wniosek, że na częstość stosowania kar ma wpływ wiele różnorodnych czynników związanych nie tylko z zachowaniem dziecka, ale również z samymi rodzicami. Analizując powody kar i przemocy, można przypuszczać, że działania w zakresie edukacji rodziców przyczynić się mogą do zmniejszenia liczby stosowanych kar cielesnych wobec dziecka. Jest to zgodne z tezą, że w procesie leczenia nadpobudliwości istotny jest sposób wychowania, postawa i zachowanie rodziców wobec nadpobudliwego dziecka, a niewłaściwe rodzicielstwo może przyczyniać się dodatkowo do nasilenia się trudności w jego zachowaniu [6]. Nabycie przez rodziców wiedzy na temat zaburzenia jest podstawowym elementem leczenia nadpobudliwości. Z tego powodu ważne jest zapewnienie rodzicom psychoedukacji z zakresu wiedzy teoretycznej i praktycznej [12].

### Физическое наказание родителями детей с синдромом психодвигательной возбудимости

#### Содержание

**Задание.** В предложенном исследовании проведена оценка утяжеления и причин явления, каким есть физическое наказание детей с психодвигательным возбуждением. Результаты сравнены с исследованиями, относящимися к частоте этого явления в общей детской популяции. Кроме того, обсуждены способы противодействия этой формы насилия, применяемых в психиатрической клинике возврата развития в Варшаве.

**Метод.** 82 родителей детей с синдромом комплексом психодвигательной возбудимости, принимающих участие в психообразовательных занятиях анонимно заполняли анкеты, относящиеся к наказаниям детей физическим способом.

**Результаты.** 95% исследованных признают в физическом наказании детей, что в сравнение с исследованиями общей популяции подтверждает тезу о более частом

применении физического наказания детей с психодвигательной возбудимостью. На частоту применения наказания влияет совместное наличие у детей симптома надвозбудимости, а также наличие у родителей черт психодвигательной возбудимости. В сравнение с родителями спокойными – родители, оценивающие себя как возбудимых, применяют более острые форм наказания детей как и большую частоту этих наказаний, а также из разновидность. В моменте закончения работы с родителями, 72% из них признается к применений иных наказаний, кроме физических.

**Выводы.** Физическое наказание детей с синкомсом повышенной психодвигательной возбудимости является сложным и тяжелым наказанием, ингда набирающим черты физического насилия. На частоту применения наказания влияют многие разнородные факторы, связанные не только с поведением ребенка, но также и с самими родителями. Эффективность обучения родителей в области минимализации этого явления, каким есть физическое наказание детей, по нашему мнению исполняет свою позитивную роль.

### **Körperliche Bestrafung der Kinder mit Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivität - Störung (ADHS) durch die Eltern**

#### **Zusammenfassung**

**Ziel.** Die Arbeit spricht über die Intensität und Ursachen dieser Erscheinung, wie körperliche Strafen gegen die Kinder mit Hyperaktivität - Störung, Man vergleicht die Ergebnisse mit den Studien an der Häufigkeit der Erscheinung in der allgemeinen Population und bespricht die Art und Weise der Entgegenwirkung dieser Form der Gewalt, die in der Klinik für Psychiatrie des Entwicklungsalters in Warszawa angewandt wurden.

**Methode.** 82 Eltern der Kinder mit ADHS, die an den psychobildenden Werkstätten teilnahmen, füllten anonym die Umfragen zur körperlichen Strafe der Kinder aus.

**Ergebnisse.** 95% der Untersuchten gestehen, dass sie die Kinder körperlich strafen, was im Vergleich mit den Studien an der allgemeinen Population die These über häufigeres Anwenden der körperlichen Strafen gegenüber hyperaktiven Kindern bestätigt. Auf die körperliche Strafe hat das Auftreten bei den Kindern der Symptome der Störung einen Einfluss und auch die Merkmale der Hyperaktivitätsstörung bei den Eltern. Im Vergleich mit den Eltern ohne Hyperaktivität wenden die Eltern an, die sich als hyperaktiv bezeichnen, schärfere Strafformen für die Kinder als auch eine größere Zahl der Strafformen. Im Moment des Abschlusses der Werkstätte gestanden 72% der Eltern, dass sie andere Strafformen als körperliche Strafen anwenden.

**Schlussfolgerungen.** Körperliche Strafe für Kinder mit ADHS ist eine zusammengesetzte und intensive Erscheinung, die oft eine Form des körperlichen Unrechts annimmt. Die Häufigkeit der Anwendung der Strafen wird von vielen unterschiedlichen Faktoren beeinflusst, die nicht nur mit dem Verhalten des Kindes verbunden sind, sondern auch mit den Eltern selbst. Die Wirksamkeit der psychobildenden Werkstätte im Bereich der Minimalisierung der körperlichen Strafen für Kinder scheint zufriedenstellend zu sein.

### **Les peines corporelles appliquées par les parents aux enfants avec le syndrome ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)**

#### **Résumé**

**Objectif.** Estimer la fréquence et les causes de l'application des peines corporelles aux enfants souffrant d'ADHD, comparer ces résultats avec les résultats concernant la population en général et présenter les méthodes de prévention appliquées à la Clinique de la Psychiatrie des Enfants à Varsovie.

**Méthode.** On analyse les questionnaires anonymes, concernant les peines corporelles, de 82 parents suivant le Training des Parents ayant les enfants qui souffrent d'ADHD.

**Résultats.** 95% de parents examinés confirment l'application des peines corporelles et cela atteste la thèse générale que ces peines sont très souvent appliquées aux enfants avec l'ADHD. Cette grande fréquence corrèle avec le fait que l'on observe aussi très souvent les traits d'ADHD chez les parents. Ces parents en comparaison avec ceux sans les symptômes d'ADHD appliquent les peines corporelles plus souvent et elles sont plus variées. Après ce Training des Parents 72% de parents utilisent d'autres peines que les peines corporelles.

**Conclusions.** La punition corporelle appliquée aux enfants avec le syndrome d'ADHD est un phénomène complexe et souvent elle est abusée et fait tort aux enfants. Sa fréquence se lie non seulement avec ce syndrome chez les enfants mais aussi avec la présence de celui-ci chez les parents. On observe aussi que la psychoéducation des parents pendant le Training des Parents apporte des résultats satisfaisants pour la minimalisation des peines corporelles appliquées aux enfants avec l'ADHD.

### Piśmiennictwo

1. Graham P, Turk J, Verhulst F. *Maltreatment in the family*. W: red. *Child psychiatry*. Wyd. III. New York: Oxford University Press; 1998, s. 43–60.
2. Ammerman RT. *The role of the child in physical abuse: a reappraisal*. *Violence Vict.* 1991; 6(2): 87–101.
3. Goodman R., Scott S. *Maltretowanie dzieci*, wyd. I polskie pod red. J. Rabe-Jabłońskiej. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban&Partner; 2000, s. 174–193.
4. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1998.
5. Wolańczyk T, Kołakowski A, Skotnicka M. *Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci*. Lublin: Wydawnictwo BiFolium; 1999.
6. Woodward I, Taylor E, Dowdney I. *The parenting and family functioning of children with hyperactivity*. *J. Child Psychol. Psychiatry* 1998; 39(2): 161–169.
7. Heffron WM, Martin CA, Welsh RJ, Perry P, Moore CK. *Hyperactivity and child abuse*. *Can. J. Psychiatry* 1987; 32(5): 384–386.
8. Fluderska G, Sajkowska M. *Problem krzywdzenia dzieci. Postawy i doświadczenia dorosłych Polaków*. Raport badań. Warszawa: FDN; 2001.
9. Mash E, Johnston Ch. *Parental perceptions of child behavior problems, parenting self-esteem, and mother's reported stress in younger and older hiperactive and normal children*. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1983; 51(1): 86–99.
10. Piekarska A. *Przemoc w rodzinie. Agresja rodziców wobec dzieci. Przejawy, psychologiczne uwarunkowania*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 1991.
11. Biederman J, Steingard R. *Attention-deficit hyperactivity disorder in adolescent*. *Psychiatr. Ann.* 1989; 19(11): 587–596.
12. Weinberg HA. *Parent training for Attention Deficit Hiperactivity Disorder: Parental and child outcome*. *J. Clin. Psychol.* 1999; 55(7): 907–913.

Otrzymano: 18.06.2004

Zrecenzowano: 16.05.2005

Przyjęto do druku: 5.09.2005

Adres: Magda Błachno

Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego AM  
00-576 Warszawa, ul. Marszałkowska 24