

Hanna Kubiak

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
kubiakh@amu.edu.pl, ORCID: 0000-0002-1795-8528

Zaburzenia zachowania u dzieci – od diagnozy do terapii

Abstrakt: Zaburzenia zachowania u dzieci i młodzieży wiążą się z ryzykiem wystąpienia u nich w przyszłości zachowań przestępczych. Negatywnie wpływają na rozwój dziecka a także na funkcjonowanie jego otoczenia społecznego – rodziców, nauczycieli i rówieśników. Z tych powodów, wymagają wczesnego rozpoznania i interwencji. Niepokoją dane o ograniczonej skuteczności oddziaływań terapeutycznych, zwłaszcza, jeśli są one podejmowane w sytuacji utrwalonych już zaburzeń. Specjaliści proponują różnorodne interwencje, ukierunkowane na wzmocnienie relacji, w których dzieci uczestniczą, korektę przekonań dzieci o nich samych, innych ludziach i o świecie oraz zmianę niepożądanych zachowań. W artykule opisano istotę zaburzeń zachowania, ich rodzaje, dylematy diagnostyczne, etiologię, wybrane terapie.

Słowa kluczowe: zaburzenia zachowania, grupa ryzyka, terapia zaburzeń zachowania.

Wprowadzenie – o objawach zaburzeń zachowania

Zaburzenia zachowania u dzieci od lat budzą zainteresowanie badaczy: ich doraźna dolegliwość oraz spodziewane negatywne następstwa mobilizują do poszukiwania rozwiązań wychowawczych i terapeutycznych, zmierzających do ich regulacji.

Pojęcie „zaburzenia zachowania” bywa używane w różnych kontekstach: 1.potocznym, wówczas oznacza najczęściej łamanie reguł, 2.jako kategoria orzecznicza w zakresie prawa oświatowego (Kołakowski 2020), obejmująca różnorodne trudne

zachowania dzieci oraz wreszcie jako 3. rozpoznanie stawiane w oparciu o ścisłe kryteria diagnostyczne systemów klasyfikacyjnych, przede wszystkim DSM¹ oraz ICD². Ujęcie zaburzeń zachowania w systemach klasyfikacyjnych odzwierciedla powszechnie w nauce przyjęty sposób rozumienia tych zachowań, w aspekcie etiologii, istoty i perspektyw terapeutycznych – jest natomiast wolne od oceny moralnej tych problemów, co nie jest oczywiste w przypadku przyjęcia innych perspektyw analizowania zagadnień (Morrison 2016).

W systemach klasyfikacyjnych zaburzeń psychicznych wskazuje się, że istotą omawianych tu problemów są trudności z regulacją – emocji i zachowań (Morrison 2016).

W DSM V, który jest systemem najczęściej przywoływanym w badaniach klinicznych i szerzej, w piśmiennictwie, w kategorii zaburzeń dezorganizujących, kontroli impulsów i zachowania wyróżniono między innymi zaburzenia opozycyjno-buntownicze (ODD). Obejmują one, w zależności od natężenia, stosunkowo łagodne wykraczanie poza normy wynikające z kulturowych oczekiwań dotyczące przeciwstawiania się autorytetom czy wychowawcom (Morrison 2016), aż do poważnego łamania praw i zasad społecznych. Należy odróżnić, choć bywa to trudne, rozwojowe dążenie do niezależności i samostanowienia młodych ludzi od zachowań dzieci i młodzieży związanych z nieprzestrzeganiem zasad, które wchodzi już w obszar psychopatologii. Kryteria owego rozróżnienia są zakorzenione w określonej kulturze, zasadach społecznych, niekiedy trudnych do zwerbalizowania.

Łatwość wpadania w irytację, gniew, prowokujące lub kłótlive zachowania, mściwość – to najważniejsze obszary charakterystyki emocji i zachowań mogących sugerować ODD. W procesie stawiania diagnozy uwzględnić należy jeszcze inne kryteria oceny, związane np. z czasem występowania i nasileniem objawów. Jeżeli do rozpoznania dochodzi, oznacza to, że u dziecka występują utrwalone wzorce negatywistycznych, buntowniczych, prowokacyjnych i/lub niszczycielskich zachowań (Kołakowski 2020a).

Zaburzenia opozycyjno-buntownicze najczęściej są rozpoznawane w wieku szkolnym (Kołakowski 2020a), choć pierwsze objawy pojawiają się już w okresie przedszkolnym. Rozstrzygnięcie dylematu: ODD czy „zbuntowane dziecko”³ łatwiejsze jest do uchwycenia *post factum*, kiedy widać czy trudności z przestrzeganiem reguł stanowiły predyktor lub wczesny objaw zaburzeń, czy też były jedynie

.....

¹ Od maja 2013 obowiązuje piąta wersja klasyfikacji zaproponowanej przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne.

² W maju 2019 ukończono przygotowywanie 11 wersji ICD (klasyfikacja ta jest efektem pracy ekspertów zaproszonych przez WHO), będzie ona obowiązywała od stycznia 2022, obecnie wersją aktualną jest jeszcze 10, choć ze względu na zmianę sposobu ujmowania zaburzeń w praktyce klinicznej i badaniach naukowych wielu specjalistów już powołuje się na ICD 11.

³ Mam tu na myśli dziecko przeciwstawiające się rodzicom, ale takie, którego zachowania mieszczą się w obszarze normy rozwojowej.

przejawem trudnego temperamentu lub problemów wychowawczych związanych na przykład z osobowością dziecka czy cechami rodziny.

Inną kategorią diagnostyczną w tej samej grupie rozpoznań, proponowaną przez DSM V, są zaburzenia zachowania (CD), wyrażające się utrwalonym wzorcem agresywnych, buntowniczych i/lub antyspołecznych zachowań. Te zachowania również odznaczają się znaczącą stabilnością (Schaffer 2013) na przestrzeni życia, co jednak nie przesądza o bezskuteczności podejmowanego leczenia i terapii (Nelson, Finch, Ghee 2010). Można wyróżnić CD z wczesnym (gorzej rokującym) lub późnym (stosunkowo korzystniej rokującym) początkiem. Predyktory CD są zazwyczaj możliwe do zaobserwowania już u bardzo małych dzieci, np. jako szybkie wpadanie w trudną do opanowania złość, gniewny afekt, obwinianie innych (Kołakowski 2020a).

W najnowszej wersji systemu klasyfikującego proponowanego przez WHO, w ICD 11, dla opisania powyższych problemów zaproponowano kategorię zachowań destrukcyjnych i dyssocjalnych. Obejmuje ona zaburzenia opozycyjno-buntownicze i zaburzenia zachowania o charakterze dyssocjalnym, przy czym te kategorie mogą być stosowane wobec wszystkich grup wiekowych (ICD-11 Mental...). Te rozpoznania nie wyczerpują oczywiście możliwych przyczyn zachowań agresywnych, mogących występować w przebiegu wielu jednostek chorobowych czy zaburzeń. W porównaniu do wciąż jeszcze obowiązującego ICD 10 ta propozycja jest prostsza, nie wymaga rozróżnienia typów zaburzeń zachowań (ograniczone lub nie do środowiska rodzinnego, z prawidłowym lub nieprawidłowym procesem socjalizacji) – co zresztą odzwierciedla jedno z głównych założeń leżących u podstaw rewizji tego systemu klasyfikacyjnego. W dalszej części tekstu termin „zaburzenia zachowania” będzie stosowany domyślnie jako termin oznaczający zespół zachowań z obszaru psychopatologii, możliwy do zdiagnozowania przy zastosowaniu kryteriów DSM lub ICD.

Zaburzenia zachowania rozumiane jako rozpoznanie psychiatryczne należy odróżnić zatem od agresywnych zachowań czy łamania prawa (Kołakowski 2020a). Potocznie pojęcia te są niekiedy stosowane wymiennie, dlatego, że zaburzenia zachowania obejmują między innymi zachowania agresywne a ich skutkiem bywa często łamanie prawa. Warto jednak pamiętać, że z jednej strony wyróżniamy różne rodzaje agresji (por. Kołakowski 2020a) a łamanie prawa następuje z wielu różnorodnych przyczyn; zaburzenia zachowania są tylko jedną z nich, z drugiej strony – zaburzenia zachowania wiążą się ze specyficznym funkcjonowaniem osoby na wielu płaszczyznach: neurologicznych podstaw, charakterystycznego sposobu przeżywania emocji oraz konstruowania obrazu świata, wreszcie na poziomie zachowań, dostępnym bezpośredniej obserwacji. Nie ograniczają się więc do agresji.

Powyżej wspomniane zachowania dzieci sprawiające trudności opiekunom mogą być uwarunkowane różnorodnymi przyczynami, zatem proces diagnozy wykracza poza ich stwierdzenie i opisanie – obejmuje również tzw. diagnozę różnicową, polegającą na wykluczeniu innych możliwych przyczyn objawów.

Diagnoza – wybrane zagadnienia

Sam proces diagnostyczny obarczony jest dużym ryzykiem błędu: na przykład zaburzenia opozycyjno-buntownicze i zaburzenia zachowania bywają rozpoznaniem stawianym w sytuacji niejasnych objawów (np. łatwe wpadanie w irytację, drażliwość), które jak się okazuje w adolescencji poprzedzały pełną ekspresję choroby dwubiegunowej. W przebieg manii u dzieci i młodzieży są wpisane trudności z kontrolą zachowań – co może sugerować CD i często ta diagnoza jest stawiana jako bardziej prawdopodobna.

Istnieje również możliwość, że zachowania sugerujące ODD lub CD stanowią reakcję dzieci na sytuacje skrajnie trudne, których były świadkami czy w których zmuszone były uczestniczyć. Zespół stresu posttraumatycznego będący możliwą odpowiedzią na takie sytuacje, zwiększa ryzyko problemów z obszaru zdrowia psychicznego, w tym przypadku zaburzeń zachowania. Zatem stwierdzenie PTSD nie wyklucza innych rozpoznań: może się zdarzyć, że objawy PTSD są błędnie interpretowane jako objawy ODD czy CD, ale może się zdarzyć, że PTSD wpisze się w proces psychopatologii, stanie się czynnikiem ją uruchamiającym, czynnikiem ryzyka środowiskowego prowadzącym do rozwoju zaburzeń zachowania.

W przypadku dzieci wychowywanych w warunkach powodujących u nich brak bezpieczeństwa, w sytuacji stałego występowania zagrożenia, przemocy, zaniedbania czy innych czynników związanych z niezaspokojeniem żywotnych potrzeb dzieci, może dojść do rozwinięcia u nich tzw. Complex-PTSD. Ta diagnoza, ujęta w ICD 11, obejmuje całe spektrum możliwych objawów, przy czym kluczowe są problemy z regulacją w trzech sferach: intrapersonalnej, obejmującej między innymi obszar samooceny, problemy w regulowaniu emocji oraz różnicowane problemy w relacjach interpersonalnych. Analiza indywidualnych ścieżek rozwoju dzieci doświadczających ComplexPTSD wskazuje, że trudności z regulowaniem złości, występowanie zachowań agresywnych to jeden z wariantów ekspresji ComplexPTSD.

Innym zaburzeniem, często współwystępującym z ODD czy CD a niekiedy z nimi mylonym jest zespół nadpobudliwości psychoruchowej. ADHD i ODD/CD umieszczone są w klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego w jednej grupie: eksternalizacyjnych zachowań (Kołakowski 2020a), co odzwierciedla nie tylko pewne podobieństwo objawów, ale i te dotyczące etiologii oraz, po części, leczenia. Współwystępowanie tych zaburzeń pogarsza rokowania dziecka, nie tylko te dotyczące intensywności i trwania w czasie objawów, ale też te odnoszące się do jego przyszłości szkolnej, zawodowej, związanej z funkcjonowaniem w związkach intymnych czy szerzej – relacjach społecznych (Kołakowski 2020a). Multiplikuje się również ryzyko dotyczące uzależnienia od substancji psychoaktywnych czy przekroczenia prawa (Kołakowski 2020a).

Zaburzenia zachowania wiążą się z ryzykiem rozwoju zaburzeń osobowości, szczególnie antyspołecznych. Zaburzenia osobowości zasadniczo rozpoznaje się w okresie dorosłości, jako że wcześniej osobowość pozostaje w procesie intensywnego rozwoju. W ostatnich latach, być może ze względu na powszechne przyjęcie założenia o tym, że proces rozwoju osobowości właściwie trwa całe życie, w psychopatologii coraz wyraźniej zaznacza się stanowisko o możliwościach rozpoznania zaburzeń osobowości już wcześniej. Nie ulega wątpliwości, że takie cechy jak wrażliwość na odrzucenie, skłonność do przypisywania innym

wrogich intencji, występowanie zachowań przemocowych, niemożność utrzymywania stabilnych i trwałych związków emocjonalnych (Lenkiewicz, Srebnicki, Bryńska 2015) mogą być albo predyktorem albo wczesnym objawem tych zaburzeń.

Powyżej wspomniano jedynie o kilku możliwych problemach z obszaru psychopatologii, które wchodzą w różne relacje z zaburzeniami osobowości: są z nim mylone, współwystępują z nim, stanowią ich predyktor. Pełna diagnoza różnicowa jest oczywiście o wiele bardziej złożona.

Zaburzenia zachowania stanowią jedną z najważniejszych przyczyn zgłaszania się do psychiatrów, psychologów, pedagogów. Zachowania typu „acting-out” dezorganizują życie rodzinne, przedszkolne, szkolne, świadczą o tym, że dzieci je przejawiające mieszczą się w grupie ryzyka innych zaburzeń eksternalizacyjnych lub dezorganizujących (Nelson, Finch, Ghee 2010) a w mniejszym stopniu również internalizacyjnych. Zapowiadają zachowania agresywne w dorosłości, a także mogą, co istotne z punktu widzenia funkcjonowania społeczeństwa, stanowić predyktor zachowań przestępczych. Co więcej, w toku rozwoju trudne zachowania ulegają nawarstwieniu i „spiętrzeniu” (Lochman, Powell, Whidby, FitzGerald 2010), rośnie ryzyko uzależnień, słabszych osiągnięć akademickich, co wiąże się z ograniczeniem perspektyw zawodowych (Johnson, McGue, Iacono 2005), przedwczesnego rodzicielstwa, różnorodnych zachowań łamiących prawo, wagarowania (Lochman, Powell, Whidby, FitzGerald 2010).

Wymienione czynniki wchodzą ze sobą w system sprzężeń zwrotnych (Johnson, McGue, Iacono 2005), co wpływa negatywnie na perspektywy terapeutyczne, jeśli postępowanie leczące zostanie wdrożone już w momencie występowania wtórnych konsekwencji zaburzeń zachowania. Jak wskazują niektórzy (Kořakowski 2020b) w przypadku pełnoobjawowych zaburzeń zachowania nie ma „dobrych i skutecznych sposobów postępowania”, jeśli problem się utrwali. Celowe jest zatem jak najwcześniejsze diagnozowanie dzieci z grupy ryzyka zaburzeń zachowania i prowadzenie wieloaspektowej terapii już u dzieci w wieku przedszkolnym.

Łatwo wywnioskować, że problemy w zachowaniu tak trudne do skorygowania, wiążą się ze znaczącymi kosztami ponoszonymi na ich leczenie i terapię, ale – co z punktu widzenia nauk pedagogicznych i psychologicznych jest jeszcze istotniejsze – oznaczają również wysokie prawdopodobieństwo utraty poczucia bezpieczeństwa innych dzieci dzielących z tymi, które wykazują zachowania agresywne, przestrzeń, doświadczenie edukacji, życia. Negatywne skutki psycho-

logiczne tych zachowań występują również u rodziców i nauczycieli zmagających się z tymi problemami (Nelson, Finch, Ghee 2010). Dorośli zgłaszają niską skuteczność oddziaływań wychowawczych i terapeutycznych – czego odzwierciedleniem jest utrzymywanie się zachowań agresywnych na przestrzeni lat (Schaffer 2013). Nierzadko efektem tego jest poczucie bezradności u wychowawców, ich złość i smutek.

Etiologia

Etiologia zaburzeń zachowania jest złożona; wiele czynników ryzyka ze sobą współwystępuje i wchodzi ze sobą w wielokierunkowe związki. Tak naprawdę „zarówno w przypadku CD jak i ODD podstawowe kwestie związane z etiologią i mechanizmami powstawania pozostają nierozstrzygnięte” (Kazdin 2020). Można wyróżnić jako najistotniejsze czynniki genetyczne oraz te związane z jakością środowiska rodzinnego, ale również rówieśniczego i edukacyjnego (del Valle, Kelley, Seoanes 2001).

Badania zmierzające do ustalenia znaczenia genetycznego czynnika etiologicznego tych zachowań prowadzą do wniosku o jego istotności (Johnson, McGue, Iacono 2005). Udział czynnika genetycznego w powstawaniu tych zaburzeń jest prawdopodobnie silniejszy u dzieci, u których ekspresja problemu ma miejsce już w okresie wczesnego dzieciństwa (Johnson, McGue, Iacono 2005). Ustalono, że dzieci łatwo wpadające w złość, przejawiające trudności w utrzymaniu uwagi, impulsywne, są w większym stopniu niż inne podatne na zaburzenia eksternalizacyjne, w tym zaburzenia uwagi (Barkley 1997). Jednak należy zwrócić uwagę, że wymienione cechy można traktować jako predysponujące do zaburzeń lub już stanowiące o zaburzeniu; w zależności od ich natężenia i zakresu. Można jednak doszukiwać się specyfiki w obrębie gospodarki dopaminowej, adrenaliny i serotoninowej jako charakterystycznej dla dzieci z opisywanymi problemami.

W literaturze pedagogicznej i psychologicznej świadomość znaczenia jakości środowiska rodzinnego dla przebiegu procesów kształtowania się osoby jest powszechna i od lat ugruntowana (Goldenberg, Goldenberg 2006; Twardowski 2012; Nowak 2016). Wielu badaczy łączy trudności z zachowaniem dzieci (nieposłuszeństwo, łamanie norm, agresję) z określonymi cechami środowiska domowego (Mash, Barkley 1998). Zauważono, że zachowania w systemie rodzice–dzieci opierają się na eskalujących cyklach przymusu i oporu, co bywa skutkiem nieskutecznego wydawania poleceń, prośb kierowanych w stronę dziecka czy reguł (del Valle, Kelley, Seoanes 2001). Ustalono także, że ODD wiąże się z licznymi negatywnymi komunikatami skierowanymi od matek w stronę dzieci (Mash, Barkley 1998) (zależność taka potwierdziła także autorka tekstu w odniesieniu do dzieci z ADHD) (Kubiak 2005). Nie sposób określić, czy pierwotną przyczyną są w takich sytuacjach cechy temperamentu dziecka, trudności z regulacją biologiczną po

jego stronie, czy niższe kompetencje rodzica dotyczące z jednej strony pełnego empatii wspierania dziecka a z drugiej – stawiania mu granic⁴.

Przyjęcie tej perspektywy możliwej etiologii zaburzeń zachowania jest spójne z analizą przekonań dzieci ich doświadczających.

Specyfika funkcjonowania dzieci z zaburzeniami zachowania

Już w latach 50. XX wieku badacze (Shapiro 1957) analizowali przekonania dzieci demonstrujących niewłaściwe⁵ zachowania: uważały one między innymi, że skuteczniejsze są bezpośrednie sposoby osiągania celów niż wszelkie inne, to jest np. zakładające mediacje czy negocjacje. Wskazywano również, że w doświadczeniu wewnętrznym dzieci obecne jest poczucie odrzucenia i brak poczucia bezpieczeństwa (McCord, McCord, Howard 1961). Późniejsze badania (Lochman, Powell, Whidby, FitzGerald 2010) pozwalają lepiej zrozumieć wewnętrzny świat dzieci i młodzieży z opisywanym problemem, ale nie stoją w sprzeczności z przytaczanymi ustaleniami.

Ustalono, że dzieci agresywne, także te z zaburzeniami zachowania – różnią się od innych pod względem charakterystycznego dla nich stylu poznawczego. Największe różnice dotyczą odmiennego sposobu spostrzegania rzeczywistości Społecznej (Lochman, Powell, Whidby, FitzGerald 2010). I tak, mogą neutralne sygnały ze strony otoczenia interpretować jako wrogie, co powoduje wzrost poziomu lęku i złości, które są nieadekwatne do zdarzeń zewnętrznych, ale adekwatne do rzeczywistości wewnętrznej dzieci⁶. Poza nadmierną wrażliwością na sygnały wrogości⁷, występuje u nich również niedocenywanie własnej agresywności, bagatelizowanie jej (Nelson, Finch, Ghee 2010). Dzieci postrzegają świat jako wrogi, co bywa dla nich impulsem do podejmowania myśli a potem działań, związanych z uprzedzającym atakiem. Mają tendencję do rozwiązywania sytuacji nie za pomocą negocjacji, ani nawet werbalnej agresji, a fizycznej agresji, bezpośrednio ukierunkowanej na krzywdę partnera interakcji (Lochman, Lampron 1986). Jest to między innymi wynikiem błędnego oceniania własnego wzbudzenia jako gniewu (Nelson, Finch, Ghee 2010) (a nie wyboru spośród możliwych wielu interpretacji: wzbudzenie może oznaczać przecież ekscytację, radość, lęk, gniew itd.), ale też

.....

⁴ Podobny mechanizm opisuję w książce *Być matką dziecka nadpobudliwego*, Unidruk, Poznań 2007.

⁵ To jest sprzeczne z wyobrażeniami dzieci o oczekiwaniach dorosłych.

⁶ Z tzw.logiką zaburzenia mamy do czynienia w przebiegu wszystkich zaburzeń psychicznych – reakcje emocjonalne zazwyczaj nie są „zawieszane w próżni” a stanowią odpowiedź na nasze myśli – por. Alford, Beck 2005.

⁷ Mam na myśli wspomniane interpretowanie neutralnych sygnałów jako wrogich oraz nadinterpretowanie faktycznie występujących sygnałów wrogości – jako bardziej wrogich, bardziej zagrażających – niż byłoby to w perspektywie osób bez zaburzeń eksternalizacyjnych.

deficytów społecznych, między innymi obejmujących brak umiejętności proszenia o pomoc, negocjowania, przepraszania. W sytuacji doświadczania frustracji (która jest bardzo prawdopodobna kiedy otaczające sygnały są interpretowane jako wrogie), dzieci sięgają po bezpośrednie, agresywne rozwiązania nie tylko w interakcjach z rówieśnikami, ale również nauczycielami (Nelson, Finch, Ghee 2010).

Reasumując, odmienności w funkcjonowaniu dzieci z zaburzeniami zachowania a także opozycyjno-buntowniczymi, dotyczą zarówno emocji (powtarzające się cyklu złości-lęku), schematów poznawczych jak i ujętych w objawy służące klasyfikacji – zachowań. Oznacza to, że skuteczne postępowanie terapeutyczne ukierunkowane być powinno na zmiany w tych wszystkich obszarach. Tradycyjnie terapia zaburzeń eksternalizacyjnych odnosiła się głównie do sfery behawioralnej (Kednall 2010).

Terapia zaburzeń zachowania

Powyżej wspomniano, że żywotnym problemem jest ograniczona skuteczność oddziaływań terapeutycznych ukierunkowanych na dzieci z zaburzeniami zachowania. Istnieje zatem potrzeba sięgania do rozwiązań angażujących już rodziny z grupy ryzyka a nie tylko te, w których wychowują się dzieci z już utrwalonymi problemami. Warto również zaznaczyć, że wprowadzania pojedynczych interwencji (np. wyciąganie konsekwencji z zachowań, stawianie granic itp.) nie tylko nie jest skuteczne, ale może pogorszyć zachowanie dziecka/nastolatka (Kołakowski 2020b) – zatem wskazane jest stosowanie długotrwałych programów terapeutycznych, zakładających trwanie i wewnętrzną dynamikę procesu zmiany – co oznacza zgodę na czasowe pogorszenia w trakcie leczenia. Opracowano wskazówki do pracy, które mogą być odczytywane jako postulaty dotyczące standardów leczenia zaburzeń zachowania (Kołakowski 2020b), które uwzględniają m.in. konieczność leczenia współistniejących zaburzeń, ukierunkowanie na wzmocnienie rodziców w ich roli rodzicielskiej, także w aspekcie postrzeganej samoskuteczności, założenie długoterminowości leczenia, uwzględnienie pracy dotyczącej relacji społecznych, problemów szkolnych, dążenie do nawiązania i trwania współpracy między środowiskiem domowym, szkolnym, w wielu przypadkach również systemem sądowniczym. Również, w określonych przypadkach, zalecane są farmakoterapia i leczenie szpitalne.

Jak z tego wynika, leczenie zaburzeń zachowania i opozycyjno-buntowniczych jest złożonym, kosztownym i długotrwałym procesem. Jest on ukierunkowany nie tylko i nie przede wszystkim na objawy: przeciwnie, uważa się obecnie, że z punktu widzenia krótko- i długoterminowego rozwoju dzieci z zaburzeniami eksternalizacyjnymi dużo ważniejsza jest praca w obszarze ich ograniczeń funkcjonalnych niż skupiona na redukcji objawów (Pelhram, Gnagy, Greiner i in. 2020). Wtórne konsekwencje zaburzeń zachowania, takie jak trudności w grupie rówieśniczej, funkcjonowanie w niej jedynie w płaszczyźnie pionowej (traktowa-

nie ludzi jako zajmujących pozycję „pod” lub „nad” podmiotem, nie jako ludzi, kolegów, przyjaciół równych w istocie podmiotowi), problemy szkolne, zawodowe, nieumiejętność niekonfliktowego rozwiązywania problemów – mogą wyrzucić niekorzystne piętno życiu poszczególnych osób i całych społeczności, pomimo tego, że nie stanowią one definicyjnych objawów zaburzeń.

Poniżej opisano krótko kilka najczęściej stosowanych oddziaływań terapeutycznych, przy czym podzielono je na:

- terapie ukierunkowane na relację, które z zasady powinno się stosować jak najwcześniej, najlepiej wobec rodziców i ich małych dzieci, w okresie, kiedy schematy przywiązaniowe jeszcze się kształtują;
- terapie oparte na teoriach poznawczo-behawioralnych – przy czym można uznać ten nurt pracy z dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami zachowania i opozycyjno-buntowniczymi za dominujący w kategorii psychopedagogicznych interwencji.

Opisywane interwencje nie są oczywiście jedynymi stosowanymi, przeciwnie, obecnie proponuje się liczne i zróżnicowane oddziaływania terapeutyczne – wybór interwencji w tym miejscu wspominanych jest subiektywny, a dokonany przede wszystkim na podstawie kryterium – czy terapia jest „oparta na dowodach” (Metydy... 2020).

Według powszechnie stosowanego w pedagogice podziału zachowań rodzicielskich na autorytarne, autorytatywne i permissywne (Baumrind 1966), za najkorzystniejszy dla dzieci zagrożonych zaburzeniami zachowania można uznać autorytatywny styl wychowawczy, łączący ciepło i gotowość do stawiania wymagań. Dziecko wychowywane w takiej atmosferze ma szansę doświadczyć bezpiecznej, wspierającej więzi z kimś, kogo postrzega jako silniejszego a zatem dającego oparcie i bezpieczeństwo.

W poszukiwaniu skutecznych metod wspierania dzieci z grup ryzyka, opracowano programy wspierania interakcji rodzice–dziecko. Ich założenia oparte są na teorii przywiązania. Przykładem takiej interwencji jest Videotrening (VIPP-SD) (Lambermon, van IJzendoorn 1989; Mesman, Stolk, van Zeijl i in. 2008). Ta interwencja ma zapewniać dziecku emocjonalną dostępność rodziców, zwiększać ich wrażliwość na potrzeby dziecka, uczyć postawy podążania za tymi potrzebami, wzmacniać umiejętność wspierania dziecka w powiązaniu ze stawianiem mu wymagań, wynikających z potrzeby bezpieczeństwa czy z szacunku dla innych osób. Ten nurt terapii ukierunkowanej na relację, znajduje zastosowanie w wielu problemach rozwojowych i klinicznych, także w przebiegu zachowań agresywnych i zaburzeń zachowania czy szerzej – w przypadku ich ryzyka (Van Zeijl, Mesman, Koot i in. 2006). Założenia terapii opartej o teorię przywiązania, ukierunkowanej na wspieranie relacji są realizowane w ramach różnych programów terapeutycznych. Obok wspomnianego wyżej VIPP-SD, dużą popularnością w leczeniu dzieci z zachowaniami dezorganizującymi, cieszy się terapia interakcji (PCIT) oparta o behawioralne wzmocnienia, zawierająca dydaktyczną część podczas której rodzice uczeni są umiejętności wychowawczych a następnie część ćwiczeniową, pod-

czas której mają możliwość ich trenowania (Zisser-Nathenson, Herschell, Eyberg 2010). Rodzice dowiadują się, co należy zrobić kiedy dziecko zachowa się agresywnie, łamie reguły, przejawia zachowania destrukcyjne. Już w latach 80. dowiedziono skuteczności tych interwencji w grupie dzieci z opisanymi problemami w zachowaniu (Zisser-Nathenson, Herschell, Eyberg 2010).

Stosowanie terapii ukierunkowanej na interakcję, jakkolwiek można je uznać za postępowanie z wyboru w profilaktyce i radzeniu sobie z zaburzeniami zachowania, które jeszcze nie są utrwalone, może być bardziej uzasadnione wobec młodszych dzieci⁸. Wobec starszych stosuje się programy ukierunkowane na 1. rozwój ich umiejętności społecznych i radzenia sobie z problemami (Kazdin 2020), 2. wzmacnianie kompetencji i zaangażowania rodziców (Kazdin 2020).

U ich podstaw leży zazwyczaj poznawczo-behawioralna wizja człowieka, co za tym idzie – założenie, że w pracy z dziećmi z zaburzeniami eksternalizacyjnymi należy dążyć do zmiany zachowań oraz poznawczych ich podstaw, to jest podstawowych przekonań o świecie (np. zagrażający *versus* bezpieczny, ludzie źli *versus* dobrzy). Terapia poznawczo-behawioralna jest terapią skoncentrowaną na problemie, ustrukturalizowaną, opartą o współpracę (Ambroziak, Kołakowski 2020). Warunkiem jej powodzenia jest trafna, aktualizowana na bieżąco konceptualizacja problemu. Standardem jest jednoczesna praca z dziećmi dotkniętym zaburzeniem, w formie terapii indywidualnej i/lub grupowej, oraz jego rodzicami a także nauczycielami – w formie treningów kompetencji wychowawczych.

Dotąd opracowano i pozytywnie zweryfikowano skuteczność wielu programów terapeutycznych, spośród których można wymienić przykładowo:

- „Cudowne lata” (Webster-Stratton, Reid 2020), opracowany jako pogłębiony program profilaktyczny i korygujący zachowania, adresowany do rodziców, nauczycieli i dzieci już od ich najmłodszych lat, z dostosowanym do wieku przekazem (różne wersje programu);
- oregoński model treningu umiejętności wychowawczych dla rodziców dzieci z grupy ryzyka, wielokrotnie modyfikowany (Forgatch, Gerwitz 2020);
- „coping power”, kontekstowy poznawczo-behawioralny model profilaktyki, ukierunkowany z jednej strony na naukę kompetencji społecznych czy rozwijanie umiejętności rozwiązywania problemów u dzieci, z drugiej – na wzmacnianie zaangażowania rodziców i ich pewności we wdrażaniu dyscypliny (Powell, Lochman, Boxmayer i in. 2020).

Te i podobne programy oparte są przede wszystkim o behawioralną analizę zachowania, przy czym szczególne miejsce w analizie tzw. antecedenencji (tego, co poprzedza zachowanie dziecka) zajmuje sposób odniesienia się rodziców do dziecka. Terapeuta dąży również do uruchomienia planowania związanego z rozwią-

.....

⁸ Przyczyn tego stanu rzeczy można upatrywać m.in. w większej elastyczności schematów przywiązaniowych w okresie ich tworzenia, ale także w tym, że starsze dzieci i młodzież mogą wykazywać opór wobec takiej terapii.

zywaniem problemów. Ponieważ w przypadku dzieci z zaburzeniami zachowania zarówno one jak i ich rodzice przejawiają deficyty w radzeniu sobie z problemami, szczególnie tymi o charakterze interpersonalnym, więc korzyści z programu może odnieść cała rodzina, nie tylko dziecko/adolescent delegowany jako pacjent.

Niekiedy istnieją powody do włączenia w proces leczenia również terapii rodzinnej (Jagielska 2020). Dzieje się tak między innymi wtedy, jeśli w rodzinie stwierdza się zaburzenia jej struktury (odwrócenie hierarchii, uwikłanie, czy koalicje międzypokoleniowe), relacje nasycone lękiem i złością i inne poważne problemy w funkcjonowaniu rodziny. Mogą mieć one znaczenie w rozwijaniu się zaburzeń zachowania, ale zważywszy na złożoną i do dziś niejednoznacznie opisaną etiologię, możemy traktować te problemy rodzinne jako czynniki ryzyka, wyzwalające psychopatologię, natomiast nie ich przyczyny w dosłownym sensie.

Podsumowanie

Reasumując, zaburzenia zachowania i zaburzenia opozycyjno-buntownicze stanowią kategorię problemów w zachowaniu o bardzo dużym znaczeniu społecznym. Bywają predyktorami zachowań przestępczych, w tym przemocy interpersonalnej oraz nadużywania substancji psychoaktywnych. Stanowią istotne obciążenie dla rodziny, szkoły, rówieśników osoby, która je prezentuje. Są przeszkodą w budowaniu relacji, których istotą jest wzajemne zrozumienie i wsparcie. Nierzadko te zaburzenia wplatają się w cykl rozwoju psychopatologii, która prowadzi do stosowania wspomnianej już przemocy czy zastraszania, destrukcyjnych dla ofiary, ale i dla sprawcy. Dzieci a potem adolescenti z zaburzeniami zachowania wymagają wsparcia, którego jednak trudno im udzielić – bo sposób ich myślenia i odbierania rzeczywistości utrudnia jego przyjmowanie. Ten rodzaj zaburzeń wymaga wczesnej diagnozy i terapii; w przeciwnym razie interwencje są mało skuteczne a koszty ponoszone przez system edukacji, ochrony zdrowia, sądowiczy – bardzo duże.

Abstract: Conduct disorders in children – from diagnosis to therapy

Conduct disorders in children and adolescents are associated with the risk of developing criminal behavior in the future. They negatively affect the child's development as well as the functioning of its social environment – parents, teachers and peers. For these reasons, they require early diagnosis and intervention. The data on the limited effectiveness of therapeutic interventions are worrying, especially if they are undertaken in the context of already established disorders. Specialists propose a variety of influences aimed at strengthening the relationships in which children participate, correcting children's beliefs about themselves, other people and the world, and changing undesirable behaviors. The article describes the essence of behavioral disorders, their types, diagnostic dilemmas, etiology and selected therapies.

Key words: conduct disorder, risk group, conduct disorder therapy.

Bibliografia

- [1] Ambroziak K., Kołakowski A., 2020, *Modele poznawczo-behawioralne zaburzeń zachowania i agresji. Programy terapeutyczne*, [w:] *Zaburzenia zachowania u dzieci. Teoria i praktyka*, (red.) A. Kołakowski, GWP, Sopot.
- [2] Barkley R.A., 1997, *Understanding the child, program manual*, The Guilford Press, New York.
- [3] Baumrind D., 1966, *Effects of authoritative parental control on child behavior*, „Journal of Child Development”, 37.
- [4] Forgatch M., Gerwitz A., 2020, *Ewolucja oregońskiego modelu treningu umiejętności wychowawczych – interwencja ukierunkowana na zachowania antyspołeczne u dzieci i młodzieży*, [w:] *Metody w psychoterapii dzieci i młodzieży oparte na dowodach*, (red.) J. Weisz, A. Kazdin, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- [5] Goldenberg H., Goldenberg I., 2006, *Terapia rodzin*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- [6] Jagielska G., 2020, *Terapia rodzinna w leczeniu zaburzeń zachowania*, [w:] *Zaburzenia zachowania u dzieci. Teoria i praktyka*, (red.) A. Kołakowski, GWP, Gdańsk.
- [7] Johnson W., McGue M., Iacono W., 2005, *Disruptive Behavior and School Grades: Genetic and Environmental Relations in 11-Year-Olds*, „Journal of Educational Psychology”, 3.
- [8] Kazdin A., 2020, *Trening umiejętności wychowawczych i trening umiejętności rozwiązywania problemów w leczeniu problemów z zachowaniem u dzieci i młodzieży*, [w:] *Metody w psychoterapii dzieci i młodzieży oparte na dowodach*, (red.) J. Weisz, A. Kazdin, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- [9] Kołakowski A., 2020a, *Kliniczny obraz zaburzeń zachowania*, [w:] *Zaburzenia zachowania u dzieci. Teoria i praktyka*, (red.) A. Kołakowski, GWP, Sopot.
- [10] Kołakowski A., 2020b, *Kompleksowe leczenie zaburzeń zachowania*, [w:] *Zaburzenia zachowania u dzieci. Teoria i praktyka*, (red.) A. Kołakowski, GWP, Sopot.
- [11] Kubiak H., 2005, *Być matką dziecka nadpobudliwego*, Poznań.
- [12] Lambermon M.E., van IJzendoorn M., 1989, *Influencing mother – infant interaction through videotaped or written instruction: Evaluation of parent education program*, „Early Childhood Research Quarterly”, 4.
- [13] Lenkiewicz K., Srebnicki T., Bryńska A., 2015, *Zaburzenia osobowości u młodzieży*, „Psychiatria Polska” nr 49(4).
- [14] Lochman J.E., Lampron L.B., 1986, *Situational social problem-solving skills and self-esteem of aggressive and nonaggressive boys*, „Journal of Abnormal Child Psychology”, 14 (4).
- [15] Lochman J., Powell N., Whidby J., FitzGerald D., 2010, *Dzieci agresywne – diagnoza i terapia poznawczo-behawioralna*, [w:] *Terapia dzieci i młodzieży*, (red.) P. Kendall, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- [16] Mash E., Barkley R.A., 1998, *Treatment of childhood disorders 2*, Guilford Press, New York.
- [17] McCord W., McCord J., Howard A., 1961, *Familial correlates of aggression in non-delinquent male children*, „Journal of Abnormal and Social Psychology”, 62, 1.
- [18] Mesman J., Stolk M.N., van Zeij J., Alink L.R.A., Juffer F., Bakermans-Kranenburg M.J., van IJzendoorn M., Koot H.M., 2008, *Extending the video-feedback interven-*

- tion to sensitive discipline. *Metoda Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline* 333 *The early prevention of antisocial behaviour*, [w:] *Promoting positive parenting. An attachment – based intervention*, (red.) F. Juffer, M.J. Bakermans-Kranenburg, M. van IJzendoorn, Lawrence Enbaun Associates, New York–London.
- [19] Morrison J., 2016, *DSM-V bez tajemnic*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- [20] Nelson W., Finch A., Ghee A., 2010, *Kontrola gniewu u dzieci i młodzieży – terapia poznawczo-behawioralna*, [w:] *Terapia dzieci i młodzieży*, (red.) P. Kendall, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- [21] Nowak B., 2016, *Niedostatki w zasobach środowiska rodzinnego a zaburzenia rozwojowe i problemy adaptacyjne dzieci*, „Resocjalizacja Polska”, nr 11.
- [22] Pelhram W., Gnagy E., Greiner A., Fabiano G., Waschbusch D., Coles E., 2020, *Letnie programy terapeutyczne dla dzieci z ADHD*, [w:] *Metody w psychoterapii dzieci i młodzieży oparte na dowodach*, (red.) J. Weisz, A. Kazdin, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- [23] Powell N., Lochman J., Boxmayer C., Barry T., Pardini D., 2020, *Program „Coping power” dla dzieci przejawiających zachowania agresywne*, [w:] *Metody w psychoterapii dzieci i młodzieży oparte na dowodach*, (red.) J. Weisz A. Kazdin, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- [24] Schaffer R., 2013, *Rozwój społeczny. Dzieciństwo i młodość*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- [25] Shapiro D., 1957, *Perceptions of Significant Family and Environmental Relationships in Aggressive and Withdrawn Children*, „Journal of Consulting Psychology”, 21, 5.
- [26] Twardowski A., 2012, *Wczesne wspomaganie rozwoju dzieci z niepełnosprawnościami w środowisku rodzinnym*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- [27] Valle P. del, Kelley S., Seoanes, J., 2001, *The ‘oppositional defiant’ and ‘conduct disorder’ child: A brief review of of Etiology, Assessment, and Treatment*, „Behavioral Development Bulletin”, 10 (1).
- [20] Webster-Stratton C., Reid J., 2020, *Seria programów treningowych „The incredible years” dla rodziców, nauczycieli i dzieci. Wieloaspektowa metoda terapii małych dzieci wykazujących problemy z zachowaniem*, [w:] *Metody w psychoterapii dzieci i młodzieży oparte na dowodach*, (red.) J. Weisz A. Kazdin, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- [20] Whidby J., FitzGerald D., 2010, *Dzieci agresywne – diagnoza i terapia poznawczo-behawioralna*, [w:] *Terapia dzieci i młodzieży*, (red.) P. Kendall, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- [30] Van Zeijl J., Mesman J., Koot, Marinus H., Van IJzendoorn H., Bakermans-Kranenburg M.J., Juffer F., Stolk M., 2006, *Attachment-Based Intervention for Enhancing Sensitive Discipline in Mothers of 1- to 3-Year-Old Children at Risk for Externalizing Behavior Problems: A Randomized Controlled Trial*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, 74, 6.
- [30] Zisser-Nathenson A., Herschell A., Eyberg S., 2010, *Terapia interakcji rodzic-dziecko oraz leczenie zaburzeń z zachowaniami dezorganizującymi*, [w:] *Terapia dzieci i młodzieży*, (red.) P. Kendall, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.