

Bazyli Panasiuk¹, Katarzyna Panasiuk², Anna Aleksandra Panasiuk³

¹Gdańska Szkoła Wyższa, ²Uniwersytet Morski w Gdyni, ³Uniwersytet Gdański

Zaburzenia zachowania dzieci i adolescentów — próba rekonstrukcji

Streszczenie

W artykule podjęto kwestię zaburzeń zachowania dzieci i adolescentów. Wyjaśniono pojęcie, opisano kryteria diagnostyczne i określono przyczyny zaburzeń zachowania. Podjęto też próbę konstruowania nowego modelu terapii i profilaktyki zaburzeń zachowania.

Słowa kluczowe: kryteria diagnostyczne zaburzeń zachowania, etiopatogeneza zaburzeń zachowania, modele terapii i profilaktyki zaburzeń zachowania.

Wstęp

Bezspornie kwestia zaburzeń zachowania (synonim terminu psychiatrycznego „zaburzenia zachowania”) dzieci i adolescentów stanowi jedno z ważniejszych zagadnień we współczesnej psychiatrii, psychopatologii, psychologii zaburzeń, psychologii klinicznej, socjopatologii, ekologii społecznej, pedagogice opiekuńczej, pedagogice resocjalizacyjnej, kryminologii, wiktymologii, deontologii, edukacji zdrowotnej. Leży w kręgu zainteresowań nowoczesnej diagnostyki psychiatrycznej, psychologicznej, pedagogicznej, edukacyjnej i kryminalistycznej, która te zaburzenia zachowania łączy z aktami agresji, destrukcji i autodestrukcji (samoudręka, samookaleczanie, próby samobójcze), tudzież z celowym niszczeniem cudzej własności, włamaniem i rabunkiem. Wiąże je z ADHD (zaburzenia hiperkinetyczne, zespół nadpobudliwości psychoruchowej), depresją, manią i dwubiegunowym zaburzeniem afektywnym (choroba afektywna, psychoza maniako-depresyjna). Dość często kojarzy je z zespołem Tourette’a (zespół tików głosowych i kinetycznych), niepełnosprawnością umysłową, deficytami poznawczymi, anomaliami psychicznymi, zaburzeniami osobowości i z zachowaniami dewiacyjnymi (ekscentrycznymi, perwersyjnymi, amoralnymi, antyspołecznymi). Nierzadko łączy je też z zaburzeniami schizofrenicznymi, emocjonalnymi, lękowymi, obsesyjno-kompulsyjnymi, postraumatycznymi (PTSD) i z zaburzeniami wywołanymi nadużywaniem substancji psychoaktywnych (alkohol, barbiturany, narkotyki, sterydy anaboliczne, ekstazy, „dopalacze”) oraz uzależnieniem od nich.

O rozmiarach tego niezwyklego zjawiska psychopatologicznego mówią dane empiryczne i statystyczne. Na podstawie tych danych, można powiedzieć, że typowe objawy (symptomy) zaburzeń zachowania ujawnia od 6 do 10% chłopców i od 2 do 9% dziewcząt. Dają znać o sobie w różnych okresach życia. Przykładowo, tak zwana

agresja reaktywna, afektywna i impulsywna pojawia się w wieku przedszkolnym bądź w wieku szkolnym. ADHD rozpoznaje się w wieku dorastania, choć niektóre jej symptomy można dostrzec już w okresie średniego i późnego dzieciństwa. Zaburzenia depresyjne i afektywne stwierdza się u adolescentów, ale spotykamy też dzieci dotkniętych nimi. Z kolei różnorodne deficyty, niesprawności, anomalie psychiczne, psychonerwice, lęki, fobie, obsesje, natręctwa, zaburzenia osobowości, zachowania dewiacyjne, oznaki uzależnienia od substancji psychoaktywnych, skłonności do uszkodzeń własnego ciała czy też do autodestrukcji i samobójczej śmierci, które mają związek (bezpośredni lub pośredni) z zaburzeniami zachowania, rozpoznaje się nie tyle w wieku dziecięcym i szkolnym, ile w okresie tzw. późnej adolescencji (16–23. rok życia) i wczesnej dorosłości (21–35. rok życia).

Zaburzenia zachowania dzieci i adolescentów skupiają uwagę wielu badaczy (teoretyków i praktyków), którzy konstruują paradygmaty (modele, wzorce) postępowania diagnostycznego, terapeutycznego i prewencyjnego z osobami zdradzającymi objawy patologiczności. Przyczynkiem do dyskursu na ten temat jest niniejszy artykuł. Jego adresatami są studenci i wykładowcy naszej Uczelni oraz innych szkół wyższych, a także pedagodzy, socjologowie, prawnicy, kryminologowie, kuratorzy sądowi, asystenci rodzin zdeintegrowanych, psychoterapeuci i psychoprofilaktycy zaburzeń zachowania.

Pojęcie oraz istota zaburzeń zachowania dzieci i adolescentów

Zdaniem autorów naszego „Słownika psychologii”, termin psychiatryczny „zaburzenia zachowania” oznacza „różnorodne wzorce zachowań, w których jednostka uporczywie narusza prawa, przywileje i prywatność innych” (Reber, 2005, s. 905). Autorzy ci zdefiniowali też termin „zaburzeń zachowania w dzieciństwie” (*behaviour disondes of childhood*): „[...] ogólna nazwa psychiatryczna, odnosząca się do znacznej liczby zaburzonych wzorców zachowań, z jakimi spotykamy się u dzieci i osób w okresie dorastania. Zaburzenia należące do tej grupy są mniej poważne niż psychozy, ale mogą wymagać podjęcia interwencji terapeutycznej. Do omawianych zachowań zwykle zalicza się m.in.: przestępczość, nadmierną agresywność, częste ucieczki z domu, kradzieże” (Reber, 2005, s. 908).

Według Philipa C. Kendalla, zaburzenia zachowania to „powtarzający się i trwałe wzór zachowania obejmujący łamanie podstawowych praw innych i ważnych norm społecznych stosownych dla danego wieku. Problem nie ogranicza się do jednego typu sytuacji: zaburzenia zachowania przejawiają się w szkole, w domu, w współczesności i w otoczeniu rówieśników. Wspólną cechą zaburzenia zachowania jest agresja fizyczna, przyjmująca formę okrucieństwa, niszczenia własności innych lub podpaleń. [...] Kradzieże, kłamstwa, oszukiwanie są także częste wśród dzieci, u których stwierdzono zaburzenie zachowania” (Kendall, 2004, s. 64–65).

W opinii Ireny Obuchowskiej, rzeczone zaburzenia „ujawniają się wówczas, gdy dziecko sygnalizuje, że nie zaspokaja swoich potrzeb i/lub nie spełnia oczekiwań, jakie w stosunku do niego mają dorośli, przy czym należy uwzględnić wiek dziecka oraz jego kulturowe środowisko. Występujące u dzieci i młodzieży zaburzenia z trudem poddają się klasyfikacji [...], bowiem najczęściej przejawiają się we wzajemnych

powiązaniach, a różnorodność obrazów klinicznych oraz ich zmienność w przebiegu rozwoju dziecka dodatkowo utrudniają próby ich uporządkowania. Zaburzenia mogą dotyczyć każdej sfery życia psychicznego, ujmowanej szeroko lub wąsko, co znajduje wyraz w nazwie danego zaburzenia: bardziej ogólnej (np. zaburzenia emocjonalne) lub szczegółowej (np. lęk separacyjny). Zaburzenia dotyczące poszczególnych sfer psychiki są często uwarunkowane sytuacyjne i tym samym bardziej podatne na przeminięcie. Inaczej jest w wypadku zaburzeń nazywanych rozwojowymi, w których równocześnie występuje wiele ogólnych trudności, takich jak zaburzenia poznawcze, społeczne, ruchowe, przy czym najczęściej zaburzony bywa także rozwój mowy i języka” (Obuchowska, 2007, s. 26).

Jacek Bomba twierdzi, że zaburzenia zachowania postrzegane są jako symptom „zachodzących w każdej rodzinie procesów wiązania i odsuwania (np. przez delegowanie), jeśli stawiają dziecko w sytuacji konfliktowej lub są nieadekwatne do fazy rozwoju. Ich znaczenie dla patologicznych zachowań i patologicznych emocji wyraża się w równoczesnej niemożności zaspokojenia własnych potrzeb i oczekiwań rodziców oraz »zyskach«, które są dysfunkcjonalne zarówno dla rozwoju dziecka, jak i rodziny. Szczególnym typem delegowania jest triangulacja, w której dziecko włączane jest przez rodziców w toczący między nimi konflikt jako uczestnik. Zamiast rozwiązać konflikt, rodzice skupiają uwagę na stwarzającym problemy dziecku, oskarżając się wzajemnie o niekompetencje rodzicielskie, odwracając uwagę od tego, co należy rozwiązać, lub przekazując dziecku oczekiwania, które są raniące dla drugiego z rodziców. [...] Według koncepcji etyki relacyjnej, [...] ryzyko wystąpienia zaburzeń pojawia się wówczas, gdy naruszone zostaną »niewidoczne lojalności« gwarantujące w ciągu pokoleń równowagę brania i dawania” (Bomba, 2007, s. 223).

Zdaniem Artura Kołakowskiego owe zaburzenia „cechują powtarzające się, występujące przynajmniej w ciągu ostatnich sześciu miesięcy zachowania buntownicze, agresywne lub antyspołeczne. W łagodniejszej lub wczesnej postaci objawiają się wybuchami złości, ciągłym klóceniem się, nieprzestrzeganiem reguł społecznych, stałym obwinianiem innych, gniewnym i niechętnym afektem, złośliwym i mściwym zachowaniem oraz częstym używaniem obscenicznego języka. W pełnym obrazie klinicznym pojawiają się również kradzieże, kłamstwa, umyślne podpalania, powtarzające się ucieczki z domu lub rodziny zastępczej, niszczenie cudzej własności, okrucieństwo wobec zwierząt, gwałty, użycie broni podczas bójek, znęcanie się fizyczne nad innymi osobami, zastraszanie” (Kołakowski, 2013, s. 17).

Autorzy współczesnej „Psychopatologii” formułują tezę, że zaburzenia zachowania charakteryzują się „trwałym zachowaniem polegającym na pogwałceniu praw innych osób i podstawowych norm społecznych. Dzieci z zaburzeniem zachowania często popadają w konflikt z prawem, a niektóre stają się przestępcami. [...] Dzieci spełniające kryteria diagnostyczne zaburzeń zachowania niejednokrotnie łamią najbardziej podstawowe normy relacji międzyludzkich. Często okazują agresję fizyczną i okrucieństwo wobec innych. Kłamstwo i oszustwo może stać się ich nawykiem. Wskaźnik zaburzenia zachowania obrazuje wyraźne zróżnicowanie płciowe. Występuje ono przynajmniej trzy razy częściej u chłopców niż u dziewczynek; 6 do 16 procent chłopców odpowiada kryterium diagnostycznym, w przypadku dziewczynek zaś jest

to od 2 do 9 procent. [...] Zatem płęć to jeden z najistotniejszych czynników pozwalających przewidzieć zaburzenie zachowania. Zróźnicowaniu płciowemu ulega także wzorzec zachowań. Dziewczęta rzadziej okazują agresję fizyczną, za to częściej kłamią i chodzą na wagary. [...] Wzorzec zachowań kojarzony z zaburzeniem zachowania wraz z wiekiem ulega zmianom. [...] We wczesnym lub średnim okresie dzieciństwa najczęściej przyjmuje formy kłamstwa, bójek i agresji wobec zwierząt. W okresie dorastania wskaźnik zaburzenia drastycznie wzrasta i problemy z zachowaniem stają się coraz poważniejsze. Niektóre z tych dzieci angażują się w napady uliczne, napady z bronią w ręku, a nawet gwałty. Dzieci z zaburzeniem zachowania stanowią grupę podwyższonego ryzyka wystąpienia aspołecznego zaburzenia osobowości w wieku dorosłym. [...] W zasadzie wystąpienie zaburzenia zachowania przed ukończeniem piętnastego roku życia stanowi kryterium diagnostyczne aspołecznego zaburzenia osobowości” (Seligmann i in., 2003, s. 374–375).

Podobny pogląd na ten temat prezentują autorzy nowej „Psychologii zaburzeń”, którzy piszą: „Podstawowym objawem zaburzenia zachowania jest uparte i powtarzające się łamanie zasad oraz nieliczenie się z prawami innych. [...] Dzieci z zaburzeniem zachowania [...] wykazują niedostatki w zakresie zachowań społecznych. [...] Ogólnie przejawiają takie cechy, jak otwarta bądź ukryta wrogość, nieposłuszeństwo, agresja fizyczna lub słowna, kłótniwość, mściwość i skłonność do destrukcji. Posługują się kłamstwem, kradną, są złe i zagniewane. Takie dzieci zazwyczaj pozbawione hamulców seksualnych, skłonne są do przemocy seksualnej. Niektóre dokonują podpaleń, [...] aktów wandalizmu, napadów, a nawet zabójstw. Zaburzenie zachowania u dzieci i młodzieży w okresie dojrzewania często współwystępuje z używaniem substancji uzależniających [...] lub objawami depresji, [...] zaburzenie zachowania jest czynnikiem ryzyka niechcianej ciąży i używania substancji uzależniających w kilkunastoletnich dziewcząt, [...] badacze wykazali związek zaburzenia zachowania z otyłością u dorosłych” (Carson i in., 2006, s. 811).

Należy sądzić, że nowoczesne poglądy na temat zaburzeń zachowania występujących u dzieci i adolescentów prezentuje Barry Nurcombe: „Zaburzenie zachowania musi być odróżnione od przejściowego zachowania antyspołecznego, które odzwierciedla zachowania ryzykowne i naśladowanie członków grupy, co jest prawidłowym elementem okresu dojrzewania. Zachowanie antyspołeczne występuje powszechnie w okresie dojrzewania; w większości przypadków nie wymaga uwagi psychiatry. Natomiast zaburzenie zachowania przejawia się w poważnym, uporczym i wszechogarniającym zaburzeniu funkcjonowania. Opisane zostały dwa typy agresji, w różny sposób kontrastujące jako reaktywne/proaktywne, jawne/ukryte, uczuciowe/zaborcze, defensywne/ofensywne, społeczne/prospołeczne, impulsywne/ kontrolowane lub wrogie/pomocne. Agresja reaktywna, afektywna i impulsywna jest prawdopodobnie związana ze znęcaniem się nad dziećmi” (Nurcombe, 2011, s. 246).

Kryteria diagnostyczne zaburzenia zachowania

Wśród znanych psychiatrów i psychologów klinicznych panuje zgoda co do tego, że w diagnostyce zaburzeń zachowania znajdują zastosowanie kategorie diagnostyczne ICD-10 (*International Classification of Diseases and Related Health Problems* —

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych) opracowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) oraz kategorie DSM-IV i DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) sporządzone przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA). Klasyfikacja międzynarodowa ICD-10 zawiera kryteria diagnostyczne zaburzeń zachowania skomentowane przez A. Kołakowskiego (2013, s. 160–163).

A. Kołakowski ma rację, że klasyfikacja amerykańska DSM-IV i międzynarodowa ICD-10 zawiera dwa podtypy zaburzeń zachowania: „[...]” podtyp z początkiem w dzieciństwie (*childhood-onset type*) oraz podtyp z początkiem w wieku dorastania (*adolescent-onset type*), przy czym kryterium granicznym jest występowanie lub brak pierwszego objawu przed ukończeniem przez dziecko 10 roku życia. Rzadko kiedy początek zaburzeń zachowania przypada na wiek powyżej 16 lat. Podział ten ma istotne znaczenie kliniczne, gdyż wystąpienie zaburzeń zachowania we wczesnym okresie życia rokuje gorzej. Rozpoznanie ich przed 10 rokiem życia powoduje, że dużo bardziej prawdopodobne (niż w przypadku początku zaburzenia w okresie dojrzewania) będzie pojawienie się agresji wobec innych ludzi i zwierząt przed 15 rokiem życia oraz dużo bardziej trwałe może być utrzymywanie się objawów, także w dorosłym życiu. Częściej też u tych pacjentów można w dorosłym życiu rozpoznać zaburzenia osobowości. Na podstawie wielu badań można określić, że u pacjentów, u których pierwszy objaw CD pojawił się przed 10 rokiem życia, można wyodrębnić kilka powtarzających się cech (występujących znacznie częściej): [...] są to przede wszystkim chłopcy; [...] często obecna jest fizyczna agresja wobec innych osób; [...] zazwyczaj mają zaburzone i nieprawidłowe relacje z rówieśnikami; [...] wcześniej rozpoznawano u nich ODD; [...] wcześniej rozpoznawano u nich ADHD. [...] Natomiast, jeśli chodzi o pacjentów, u których objawy CD pojawiły się dopiero po 10 roku życia: [...] rzadziej występuje u nich agresja fizyczna wobec innych osób; [...] mają zazwyczaj lepsze relacje z rówieśnikami (mogą to być relacje z innymi nastolatkami z zaburzeniami zachowania); [...] rzadziej dochodzi do utrwalenia się problemu w dorosłym życiu i rozwinięcia osobowości antyspołecznej; [...] dziewczęta doganiają chłopców pod względem liczby zaburzeń zachowania” (Kołakowski, 2013, s. 159–160).

Etioopatogeneza zaburzeń zachowania

P.C. Kendall twierdzi, że „rodzina jest głównym czynnikiem przyczynowym zaburzeń zachowania. [...] Cztery różne wzory powszechnie występują w rodzinach dzieci z zaburzeniami zachowania: dewiacja u rodziców, odrzucanie dziecka i stosowanie środków represji przez rodziców, brak kontroli zachowań dzieci lub brak nadzoru oraz konflikty w małżeństwie i rozwód. [...] Rodzice dzieci z zaburzeniami zachowania często sami wykazują nieprzystosowanie, złość i czasami zachowania przestępcze. Jawny konflikt małżeński może przyczynić się do zachowań buntowniczych u dzieci; [...] wiele dzieci z zaburzeniem zachowania ma rodzica z antyspołecznym zaburzeniem osobowości. [...] Bardziej skrajne negatywne wzorce rodzinne, takie jak zachowania przestępcze lub alkoholizm, szczególne u ojca, stwarzają szczególne ryzyko wystąpienia zaburzenia zachowania u dziecka. [...] Jak się wydaje, oddzielenie od antyspołecznego ojca nie chroni dziecka od tego ryzyka, co być może wskazuje na genetyczne źródła

przyczynowe lub możliwe jest, że nieobecność ojca osłabia dyscyplinę. Uważa się, że praktyki wychowawcze przyczyniają się do powstawania zaburzeń zachowania. Rodzice dzieci z zaburzeniem zachowania mają skłonność do stosowania przymusu i często zachowują się negatywnie wobec dzieci. Chociaż precyzyjny pomiar technik wychowawczych stosowanych przez rodziców jest trudny, to jednak wydaje się, że istnieje silny związek między złymi relacjami rodzic — dziecko, a antyspołecznym zachowaniem dzieci. [...] Przemoc małżeńska ma wpływ na prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń zachowania u dzieci, a sytuacja wydaje się jeszcze gorsza, kiedy przemoc małżeńska wiąże się z użyciem broni, [...] z zaburzeniami zachowania związany jest wysoki wskaźnik rozwodów, [...], ale [...] rozwód sam w sobie nie musi stanowić jednego czynnika przyczyniającego się do tego zaburzenia. Istnieją natomiast dowody, że rozwód występuje często w rodzinach o pewnych charakterystycznych cechach i że to właśnie te cechy — a nie same rozwody — przyczyniają się do wystąpienia zaburzenia zachowania. Niezależnie od tego, jakie są przyczyny zaburzenia zachowania, powstaje pytanie, co się dzieje z tymi dziećmi, kiedy osiągają dorosłość? [...] Istnieją pewne dowody wskazujące na międzygeneracyjną stałość antyspołecznych i agresywnych wzorów zachowań. W rzeczywistości najbardziej kłopotliwą cechą zaburzenia zachowania — a nie okazjonalnego czynu niezaburzonych dzieci — jest jego trwałość w czasie. [...] Wczesne objawy zaburzenia zachowania u dziecka powiązane są z późniejszą agresją, antyspołecznym zachowaniem i innymi problemami w wieku dorosłym. [...] Wiek wystąpienia zaburzenia jest silnym predyktorem trwałości zachowań destrukcyjnych. [...] Chociaż związek między zaburzeniem zachowania w dzieciństwie, a antyspołecznymi zachowaniami w dorosłości uzależniony jest od wielu czynników (np. wiek, w jakim zaburzenie pojawiło się po raz pierwszy, płeć, występowanie innych zaburzeń, interwencja terapeutyczna), występowanie tego zaburzenia jest informacją pozwalającą przewidzieć występowanie wielu różnorodnych późniejszych problemów z przystosowaniem się (w tym antyspołeczne zachowania i nadużywanie środków psychoaktywnych). Ustalenie, jakie mechanizmy odpowiedzialne są za te trajektorie, stanowi główne wyzwanie w tej dziedzinie” (Kendall, 2004, s. 70–73).

W opinii autorów „Psychopatologii”, dzieci sprawiające szczególne trudności w pracy wychowawczej „częściej pochodzą ze zdezorganizowanych środowisk społecznych niż z rodzin ciepłych i stabilnych. Ich środowisko domowe często cechuje brak uczucia, wysoki poziom niezgody i ostro niespójna dyscyplina. [...] W wielu przypadkach zajęcia dzieci są słabo nadzorowane i monitorowane. Jak się można spodziewać, dość powszechne są rozwody i separacje rodziców. Najbardziej interesujące odkrycia pochodzą z badań nad adopcjami. [...] Dzieci adoptowane, ujawniające w wieku dorosłym zachowania agresywne i aspołeczne, częściej pochodzą z przybranych rodzin, które charakteryzują się niskim statusem socjoekonomicznym i słabym przystosowaniem ze strony rodziców. Zależności tych nie da się przypisać czynnikom genetycznym, ponieważ rodzice i dzieci nie są ze sobą spokrewnieni. Niemniej dzieci adoptowane, których rodzice biologiczni wykazywali zachowania agresywne i aspołeczne, stanowią grupę podwyższonego ryzyka wystąpienia tych samych zachowań w przypadku wzrastania w niestabilnym środowisku. W rodzinach dzieci z zaburzeniem zachowania wzorce wzajemnych stosunków pomiędzy członkami

rodziny cechuje przymus i brak wzmocnienia zachowań prospołecznych. [...] Gniew lub agresywne zachowania jednego z członków rodziny wywołuje podobne zachowania u pozostałych domowników, a to z kolei wyzwała dalsze agresywne reakcje tej pierwszej osoby. W działaniu błędnego koła dochodzi do eskalacji negatywnych emocji. Czasami rodzice nieświadomie wzmocniają cykle przymusu. Często już na wstępie się wycofują, decydując, że nie warto się spierać, i dziecko w końcu robi to, na co początkowo miało ochotę. Angażując się w przymusowy gniew i agresję, dziecko w zasadzie wygrywa bitwę i w rezultacie częstotliwość takiego zachowania wzrasta. Wiele dzieci cierpiących na zaburzenie zachowania często ma trudności w nawiązaniu stosunków z rówieśnikami. Są one odrzucane przez inne dzieci. [...] Czasami stają się członkami dewiacyjnych grup rówieśniczych (gangów), które dają im motywację i racjonalizują zachowania przestępcze, jak również stwarzają okazję do angażowania się w takie akty. [...] Ubóstwo potęguje trudności rodzinne. Zaburzenia zachowania przeważają zwłaszcza wśród młodzieży ze śródmieść. Ale nawet tam różne szkoły, różne osiedla i dzielnice kojarzone są z ogromnym zróżnicowaniem pod względem wskaźnika karalności. Obszary podwyższonej przestępczości cechuje wysoki poziom bezrobocia, trudna sytuacja mieszkaniowa i słabe szkolnictwo. Ponadto przestępczość jest silnie związana ze wskaźnikiem patologii społecznych, takich jak narodziny dzieci z nieprawego łoża, uzależnienie od narkotyków i choroby weneryczne” (Seligman i in., 2003, s. 380–381).

Zdaniem autorów „Psychologii zaburzeń”, są dowody na to, że „uwarunkowania genetyczne uwarunkowania genetyczne prowadzące do niskiej inteligencji werbalnej, łagodnych problemów neuropsychicznych i trudności temperamentalnych uruchamiają samonapędzający się mechanizm powstawania zaburzenia zachowania o wczesnym początku. [...] Gdy rodzice nie są w stanie zdobyć się na »dobre rodzicielstwo«, które by wzmocniło więź z dzieckiem, trudne usposobienie dziecka może prowadzić do osłabienia przywiązania. Co więcej, niski poziom inteligencji werbalnej i lub łagodne deficyty neuropsychiczne, których istnienia dowiedziono u wielu dzieci z zaburzeniem zachowania, mogące wpływać na braki w zakresie funkcji samokontroli — takie jak utrzymywanie uwagi, planowanie, samoobserwacja, hamowanie nieskutecznych lub impulsywnych zachowań — być może sprzyjają ustaleniu etapu wyznaczającego bieg spraw już na całe życie. [...] Prawdopodobieństwo wystąpienia psychopatii lub zaburzeń osobowości antyspołecznej jest większe, gdy zaburzenie zachowania rozwija się już we wczesnym dzieciństwie, niż wówczas, gdy występuje ono nagle w okresie dojrzewania. [...] Tak więc problemy, początkowo związane z zaburzeniem opozycyjno-buntowniczym, a następnie z zaburzeniem zachowania, przenoszą się w okres dorosłości, tworząc wzorec rozpoznawany jako psychopatia lub osobowość antyspołeczna. I chociaż tylko w 25% do 40% przypadków zaburzenie zachowania o wczesnym początku rozwinęło się w antyspołeczne zaburzenie osobowości dorosłego, to ponad 80% chłopców z wczesnym początkiem zaburzenia zachowania ma w wieku dorosłym różnorakie problemy ze złym funkcjonowaniem społecznym (przyjaźnie, związki intymne, praca zawodowa), nawet jeśli nie całkiem spełniają kryteria tego zaburzenia. [...] Tymczasem u większości tych, u których zaburzenie zachowania pojawia się w okresie dojrzewania, nie obserwuje się psychopatii ani antyspołecznego

zaburzenia osobowości w wieku dorosłym; problemy z zachowaniem ograniczają się do okresu adolescencji. W przypadkach, które mają początek w okresie dojrzewania, nie występuje także grupa czynników ryzyka, jakie pojawiają się w przypadkach wczesnego początku zaburzenia: niski poziom inteligencji werbalnej, deficyty neuropsychiczne oraz impulsywność i problemy z utrzymaniem uwagi” (Carson i in., 2006, s. 812–813).

Interesujący dyskurs na temat ważnych przyczyn zaburzeń zachowania zawiera opracowanie B. Nurcombe. Autor formułuje tezę, że „niektórzy antyspołeczni adolescentci cierpią na ukryte psychozy lub podkliniczną padaczkę spowodowaną przez uraz mózgu [...], duży odsetek wybuchowo agresywnych adolescentów cierpi na ukryte lub szczątkowe zaburzenie stresu pourazowego wtórne do fizycznego lub seksualnego znęcania się nad nimi [...], ich roztargnienie, omamy, przerwy w koncentracji i wybuchowość wyrażają dysocjację wywodzącą się z nierozwiązanych urazów. [...] Rozpoczęte w dzieciństwie zaburzenie agresywnego zachowania (w odróżnieniu do młodzieńczego, nieagresywnego zaburzenia zachowania) jest związane z niskim tonicznym pobudzeniem psychofizjologicznym, niską reaktywnością autonomiczną i szybkim wytwarzaniem przyzwyczajęń. Cechy te mogą być związane z nieprawidłowościami w wytwarzaniu odruchu warunkowego unikania bodźców społecznych, brakiem reakcji na karę i niewystarczającym hamowaniem swojego zachowania. Sugeruję się nierównowagę pomiędzy ośrodkiem nagrody a systemami hamowania. Nie jest jasne, czy te zjawiska psychofizjologiczne są dziedziczne, czy są wtórne do destrukcyjnych przeżyć we wczesnym dzieciństwie, czy są skutkiem niestabilizowanego stylu życia. [...] Badania związków między testosteronem i przestępstwami ze stosowaniem przemocy przynoszą niejednoznaczne wyniki. [...] Stwierdzono powiązania między poważnym i przewlekłym znęcaniem się nad dzieckiem, objawami dysocjacyjnymi, przewlekłym zespołem stresu pourazowego, upośledzeniem pamięci i zmniejszeniem rozmiaru hipokampa. Niski poziom kortyzolu w obiegu jest wiązany z odrętwieniem emocjonalnym w przewlekłym zespole stresu pourazowego, a wysoki poziom kortyzolu jest wiązany ze wspomnieniami. Populacja przestępcza będąca podmiotem testów poznawczych stale wykazuje iloraz inteligencji około 8 punktów niż u członków populacji nieprzestępczej, a różnica ta utrzymuje się nawet wtedy, gdy status ekonomiczny jest statystycznie brany pod uwagę. Różnica ta jest przede wszystkim skutkiem braków w zasobie słownictwa, w informacjach kodowanych w sposób werbalny, braków w rozumieniu werbalnym, w kontroli reakcji przekazywanych w sposób werbalny i w braku zdolności metalingwistycznych. Osoby najbardziej impulsywne i agresywne wykazują największą rozbieżność między IQ werbalnym a wykonawczym. Braki te prawdopodobnie poprzedzają edukację szkolną i są związane z problemami z uczeniem się. [...] Niezsocjalizowane jednostki przestępcze działają w niestandardowy sposób w zakresie norm moralnych i mają niepełne zdolności do przyjmowania ról. Charakterystyczny egocentryzm, hedonizm, brak zastanawiania się i odmowa podejmowania odpowiedzialności przez przestępców są wiązane z niedojrzałością rozwojową przedniego płata prawej półkuli mózgowej. [...] Sugeruje się, że wzorce destrukcyjnego zachowania wywodzą się z trzech wzajemnie się uzupełniających procesów: wzorców zdeorganizowanego przywiązania, zniekształconych struktur uczuciowo-poznawczych i motywacyjnych konsekwencji

niepewnego przywiązania. Uznaje się, że wzorce destrukcyjnego zachowania powstają ostatecznie wskutek kombinacji neurobiologicznych czynników ryzyka, zaburzeń przywiązania, niewłaściwych praktyk rodzicielskich i patologicznego środowiska rodzinnego” (Nurcombe, 2011, s. 247–248).

Wiedzę o etiopatogenezie zaburzeń zachowania, trzeba wzbogacić pracami naukowymi rodzinnymi psychiatrów i psychologów klinicznych, takich jak J. Bomba i A. Kołakowski. I tak J. Bomba twierdzi, że naprawdę „niewiele wiadomo na temat etiologii zaburzeń zachowania rozumianych tak, jak to ujmuje ICD-10 czy DSM-IV. Ich wyodrębnienie i zaostrenie kryteriów diagnostycznych ma sprzyjać precyzyjności badań i poszukiwaniu przyczyn. Najwięcej nadziei wiązano z genetycznym przekazem dysfunkcji metabolizmu neuromediatorów i związanym z nią zaburzeniem rozwoju struktur czynnościowych mózgu. Hipoteza ta znajdowała oparcie we wcześniejszych badaniach longitudinalnych, z których wynikało [...], że zaburzenia zachowania o charakterze dyssocjalnym i agresywnym występują u dzieci w kolejnych pokoleniach tych samych rodzin oraz że stanowią zapowiedź rozwoju osobowości dyssocjalnej i zachowań przestępczych w dorosłości. Badania [...] wykazały, że wpływ genetyczny nie wyjaśnia w 100% występowania zaburzeń zachowania, a ponadto znaczenie wpływu genetycznego zmienia się w przebiegu rozwoju indywidualnego. Jest to zmiana ilościowa (63–68% między wczesną a późną adolescencją), a także jakościowa. Inne geny wyjaśniają to samo zjawisko psychopatologiczne w dwóch nieodległych okresach rozwoju (tylko jedna trzecia zmienności wyjaśniana jest tym samym wpływem genetycznym). Badania nad związkiem cech temperamentu z występowaniem zaburzeń zachowania dają niejednoznaczne wyniki. Z jednej strony dowodzi się związku między impulsywnością i drażliwością w okresie niemowlęcym, a zaburzeniami zachowania o wczesnym początku. [...] Z drugiej strony wskazuje na słaby związek między cechami temperamentu a zaburzeniami zachowania. [...] Podnosi się też zależność deficytów kognitywnych w genezie zaburzeń zachowania, zwłaszcza o typie agresywnym. Przypuszcza się, że niesprawność w interpretacji znaczenia komunikatów społecznych może prowadzić do agresywnego rozwiązywania sytuacji. [...] Podejmowane są próby rozwiązania integrującego, w którym położony jest nacisk na interakcje wewnątrzrodzinne — przede wszystkim na brak poczucia bezpieczeństwa we wczesnym dzieciństwie (nieadekwatność przywiązania) jako czynnik warunkujący ekspresję genów, których wpływ wyjaśnia odmienności temperamentalne lub społeczno-poznawcze” (Bomba, 2007, s. 225–226).

Dokonany przegląd literatury traktujący o etiopatogenezie zaburzeń zachowania daje asumpt do dyskusji nad nowymi modelami terapii i profilaktyki tych zaburzeń.

Nowe modele terapii i profilaktyki zaburzeń zachowania

Autorzy „Psychopatologii” formułują tezę, że walory ma „trening umiejętności poznawczego rozwiązywania problemów oraz trening dla rodziców. [...] Trening umiejętności poznawczego rozwiązywania problemów (*problem skills training* — PSST), pomaga dziecku rozwinąć umiejętności niezbędne do rozwiązywania problemów międzyludzkich. [...] Terapeuta pracuje z dzieckiem pod kątem zrozumienia jego sposobów »poznawania« wzajemnych stosunków społecznych. Na przykład, może

poprosić je o dokonanie własnej interpretacji szczególnego przeżycia, takiego jak bycie niezaproszonym do zabawy na podwórku. Dzieci z zaburzeniem zachowania często automatycznie dochodzą do wniosku, że zadziałały jakieś wrogie intencje; innymi słowy, że inne dziecko umyślnie wykluczyło je z gry. Idąc jeden krok dalej, dziecko może zdecydować się podjąć działania odwetowe. Zadaniem terapeuty jest zmiana takiego sposobu spostrzegania i takich założeń. Wymaga to dużych umiejętności, a także wrażliwości z jego strony, ponieważ wielu dzieciom wyrażenie swych myśli słowami sprawia trudności i są one często odporne na zmianę. Po drugie, trening dotyczy identyfikowania właściwych zachowań w życiu codziennym dziecka. Zachęca się do nich poprzez modelowanie i system bezpośrednich nagród. Po trzecie, korzysta się ze specyficznych czynności, by wyćwiczyć u dziecka zachowania, które w końcu przeniesie na grunt sytuacji życiowych. Zalicza się do nich usystematyzowane zabawy, opowiadania i zadania edukacyjne. Po czwarte, terapeuci aktywnie uczestniczą w modelowaniu właściwych zachowań międzyludzkich. Połączenie tych strategii czyni z treningu umiejętności poznawczego rozwiązywania problemów skuteczne narzędzie w zwalczaniu zaburzeń zachowania. Trening zarządzania dla rodziców (*parent management training* — PMT) ma pomagać im nauczyć się nowych podejść do kierowania zachowaniem ich dzieci i środowiskiem domowym. Na początku uczą się oni nowych sposobów identyfikowania, definiowania i obserwowania zachowań problemowych dzieci. Zapoznają się z przeglądem zasad uczenia się społecznego, takich jak pozytywne wzmocnienie, łagodne karcenie i negocjacje. Rodzice obserwują modelowe techniki pracy z dzieckiem, następnie odgrywają scenki z wykorzystaniem tych technik, by móc je później wykorzystać w warunkach domowych. Oczywiście, terapeuta musi nawiązać dobre stosunki z rodzicami, by ten trening mógł się w ogóle odbyć. Metoda ta jest jeszcze skuteczniejsza, gdy terapeuta może pracować także z nauczycielem dziecka” (Seligman i in., 2003, s. 385–386).

Podobny pogląd głoszą autorzy „Psychologii zaburzeń”, którzy piszą: „Jedną z interesujących i często skutecznych strategii postępowania z dziećmi z zaburzeniami zachowania jest model spójnej rodziny. [...] W podejściu tym, nastawionym na rodzinę jako grupę, traktuje się rodziców dzieci z zaburzeniem zachowania jako osoby pozbawione umiejętności rodzicielskich, które przez własne niekonsekwentne postępowanie zaniedbują proces socjalizacji dziecka, wpływając tym samym na kształtowanie się jego nieprawidłowych zachowań. Dzieci uczą się uciekać od krytycyzmu rodziców bądź unikać go, nasilając negatywne zachowanie. Ta taktyka z kolei zwiększa nasyczone niechęcią interakcje rodziców i ich krytyczne postawy. Dziecko obserwuje narastający gniew rodziców i naśladuje ten agresywny wzorzec. Gdy negatywne zachowania dziecka przyciągają uwagę rodziców, właściwie nie tłumi to, lecz wzmacnia owe negatywne zachowania. Konsekwencją poglądu, iż zaburzenie zachowania wywodzi się z takich właśnie interakcji, jest terapia skoncentrowana na interakcji między rodzicami a dzieckiem. [...] Pozyskanie podczas terapii współpracy rodziców, którzy sami pozostają we wzajemnym konflikcie, jest trudnym zadaniem. Niekiedy osoba samotnie wychowująca dziecko, pozostająca w separacji bądź rozwiedziona, jest zbyt przeciążona, zbyt dużo pracuje i po prostu nie ma czasu, ani chęci na naukę i praktykę prawidłowego pełnienia roli rodzicielskiej. W niektórych przypadkach okoliczności

zmuszają do przeniesienia dziecka do placówki wychowawczej z myślą o późniejszym jego powrocie do domu, jeśli pozwolą na to efekty terapii interwencyjnej, zastosowanej wobec jednego lub obojga rodziców. Niestety, przeniesienie do nowego środowiska dzieci często odczuwają jako odrzucenie, nie tylko przez rodziców, lecz także przez społeczeństwo. Jeśli to nowe środowisko nie zapewnia ciepła, życzliwości, akceptacji i pewnego oparcia, dziecko nie uczyni większych postępów. A jeśli nawet — to taka terapia daje jedynie tymczasowy efekt. [...] Ogólnie rzecz biorąc, nasze społeczeństwo skłonne jest raczej karać niż resocjalizować agresywnych młodych ludzi. Tak więc kładzie się nacisk na karanie i »uczenie dzieci moresu«. Takie postępowanie jednakże zdaje się raczej nasilać nieprawidłowe zachowanie niż je korygować. A gdy postępowanie jest nieskuteczne, produktem końcowym często okazuje się osobowość antyspołeczna i agresywne zachowanie» (Carson i in., 2006, s. 814–815).

Zdaniem B. Nurcombe, zaburzenie zachowania jest nazbyt „złożoną grupą problemów, aby mogło być leczone jedną metodą. Prawdopodobnie najbardziej skuteczna jest indywidualnie dobrana kombinacja interwencji biologicznych, psychospołecznych i ekologicznych. Zadaniem jest odnalezienie najskuteczniejszych kombinacji tych terapii dla różnych grup dzieci i młodzieży z zaburzeniem zachowania. [...] Programy wczesnej interwencji, takie jak Head Start mogą mieć funkcje prewencyjne. Programy Head Start zajmują się zdrowiem fizycznym dzieci i zapewniają programy wczesnej edukacji, które przygotowują dzieci do pójścia do szkoły podstawowej. Uczą również rodziców kwestii dotyczących rozwoju dziecka i często zapewniają wsparcie w krytycznych momentach. Programy wczesnej interwencji w zdrowie umysłowe, takie jak Trzy P czy Fast Track identyfikują dzieci agresywne i zapewniają intensywne programy nauki dla rodziców w celu przeciwdziałania słabej komunikacji, niespójności, brakowi wypełniania obietnic, dyscyplinie przymusowej i zaniedbaniom modelowania lub nagradzania zachowań prospołecznych, które często towarzyszą rozwijającemu się zaburzeniu zachowania. Zarówno Trzy P jak i Fast Track przyniosły obiecujące krótkookresowe wyniki, jednak ich długookresowe korzyści są niejasne. [...] Programy behawioralne mające na celu poprawianie skuteczności wychowawczej rodziców i dziecięcych zdolności społecznego rozwiązywania problemów, umiejętności społecznych, zachowań prospołecznych i funkcjonowania akademickiego są bardzo skuteczne w krótkim okresie niż niespecyficzne metody terapii. [...] Gromadzone są dowody, że nieskuteczne jest leczenie młodych osób z zaburzeniami zachowania w grupach środowiskowych lub instytucjonalnych. Zaraźliwe wzmocnienie antyspołecznych zachowań wywoływane przez antyspołeczne grupy młodzieżowe z dużym prawdopodobieństwem przeciwdziała korzyściom wynikającym z programów terapeutycznych zorientowanych na grupy. Z tego powodu stworzone terapeutyczne domy opieki zastępczej. Młode osoby, które w przeciwnym wypadku zostałyby aresztowane, są umieszczane u specjalnie wyszkolonych rodziców zastępczych, którzy zapewniają codzienne kształtowanie i wsparcie, wprowadzają indywidualny program celów, i zapewniają bliski nadzór nad znajomościami rówieśniczymi, konsekwentną, ale nie fizyczną dyscyplinę i zajęcia kształtujące umiejętności społeczne uzupełniane przez cotygodniową indywidualną psychoterapię. Terapia w domach opieki zastępczej w porównaniu z opieką grupową przynosi znaczną redukcję przestępczości w ciągu

12 miesięcy po opuszczeniu tych domów. Najważniejsza różnica między leczeniem w postaci opieki zastępczej, a opieki grupowej polega na zdolności opieki zastępczej do zapobiegania, by adolescent przebywał z nieodpowiednimi rówieśnikami i jakości nakładanej dyscypliny. Terapia wielosystemowa zapewnia terapię społeczną w warunkach domowych dla adolescentów antyspołecznie agresywnych lub nadużywających substancji. Terapia wielosystemowa, oparta na socjologicznej teorii ekologicznej i teorii systemów rodzinnych oraz stosująca zasady ochrony rodziny, ma na celu wyposażenie rodziców w umiejętności rodzicielskie i umożliwienie młodzieży radzenie sobie z problemami rodzinnymi, rówieśniczymi, szkolnymi i sąsiedzkimi. Interwencje wielosystemowe są wymierzone w specyficzne problemy, szczególnie niepomysłne sekwencje zachowań w ramach i między systemami ekologicznymi (np. między dzieckiem, rodziną i szkołą) oraz są stale oceniane z wielu perspektyw. Interwencje mają na celu promowanie uogólnień i długoterminowe utrzymanie zmiany terapeutycznej. Strategiczna i strukturalna terapia rodzin, rodzicielski trening behawioralny, terapia poznawczo-behawioralna i konsultacje społeczne są łączone zgodnie z indywidualnie dobranymi planami terapii. Kontakt z nieodpowiednim towarzystwem rówieśniczym jest monitorowany, odradzany i neutralizowany. Wspierana jest komunikacja między rodzicami a nauczycielami. Wiele badań kontrolowanej oceny wykazało skuteczność wielosystemowej terapii w porównaniu z umieszczeniem młodzieży w domach poprawczych, konwencjonalną terapią indywidualną lub brakiem specyficznego leczenia” (Nurcombe, 2011, s. 251–252).

J. Bomba twierdzi, że dotychczas nie oszacowano „efektywności leczenia farmakologicznego zaburzeń zachowania. Wiązano nadzieję z leczeniem zachowań agresywnych litem. Redukcję zachowań agresywnych uzyskuje się też, stosując neuroleptyki: tioridazynę, haloperidol, a także neuroleptyki atypowe. Podobne efekty kliniczne relacjonowano przy stosowaniu karbamazepiny. We wszystkich przypadkach objawy niepożądane stanowią poważną przeciwwagę korzyści terapeutycznych. Dodatkowo, wszystkie badania kontrolowane prowadzone były w warunkach hospitalizacji całodobowej, która nie jest zalecana w leczeniu zaburzeń zachowania. Nadzieje wiązane z korzystnym wpływem leków przeciwdepresyjnych nie zostały potwierdzone empirycznie. Badania kontrolowane wskazują na brak korzystnych efektów indywidualnej psychoterapii zorientowanej psychodynamicznie, a także na niekorzystny wpływ psychoterapii grupowej. [...] Opracowano metody oddziaływania środowiskowego i wiele z nich zostało poddanych rzetelnym badaniom efektywności, chociaż zazwyczaj na niewielkich grupach. Są to oddziaływania treningowe dla rodziców, matek samotnie wychowujących dzieci, nauczycieli i wychowawców. Uzyskiwano obiecujące wyniki, korzystniejsze u dzieci młodszych. U starszych i adolescentów — lepsze w osiągnięciach szkolnych niż zmianie zachowań. Opracowania te relacjonują zazwyczaj krótki okres utrzymywania się poprawy. Przegląd badań nad wynikami leczenia zaburzeń zachowania potwierdza celowość i skuteczność stosowania leczenia zintegrowanego uwzględniającego rodzinę i dostosowanego do sytuacji” (Bomba, 2007, s. 228).

Według A. Kołakowskiego, nowoczesne programy terapii i profilaktyki zaburzeń zachowania „są oparte na podejściu behawioralno-poznawczym, które [...] uległo ewolucji. U podstawy wielu współczesnych interwencji tego typu przeznaczonych dla

agresywnych dzieci leży założenie, że należy zmienić zarówno ogólne (behawioralne) wzorce reakcji danej osoby, jak i treści poznawcze towarzyszące zachowaniom lub je poprzedzające. [...] Obecnie standardem jest prowadzenie jednocześnie terapii dziecka (grupowej, indywidualnej) oraz uczenie rodziców odpowiednich strategii wychowawczych (trening umiejętności rodzicielskich). Interwencje behawioralne i technika treningów umiejętności rodzicielskich mogą być jednakże niewystarczające w sytuacji, gdy okaże się, że nie tylko rodzice mają niedostateczne umiejętności rodzicielskie, ale też że rodzina jest dysfunkcyjna, a objawy dziecka pełnią w niej określoną funkcję. Wtedy konieczna będzie kompleksowa terapia rodzinna. [...] Warto też dodać, że nie ma leków powodujących dobre zachowanie i odpowiednie leczenie, dotyczy raczej zaburzeń towarzyszących oraz przypadków agresji impulsywnej. Kiedy zajmujemy się badaniem dziecka czy nastolatka, którzy mieli konflikt z prawem, trzeba pamiętać, że jeśli będziemy pracować z nim odpowiednio długo, mamy szansę na poprawę ich funkcjonowania” (Kołąkowski, 2013, s. 197–198).

Zakończenie

Nie ma wątpliwości, że zaburzenia zachowania są trudnym problemem zarówno społecznym, jak i naukowym (neurologicznym, psychiatrycznym, psychopatologicznym, psychologicznym, pedagogicznym, socjologicznym, prawnym, kryminologicznym). Nowoczesna diagnostyka psychiatryczna, psychologiczna, pedagogiczna, edukacyjna i kryminalistyczna łączy te zaburzenia z aktami agresji, destrukcji i autodestrukcji (samoudręka, samookaleczanie, próby samobójcze), tudzież z celowym niszczeniem cudzej własności, włamaniem i rabunkiem. Wiąże się je z ADHD (zaburzenia hiperkinetyczne, zespół nadpobudliwości psychoruchowej), depresją, manią i dwubiegunowym zaburzeniem afektywnym (choroba afektywna, psychoza maniako-depresyjna). Dość często kojarzone są z zespołem Tourette’a (zespół tików głosowych i kinetycznych), niepełnosprawnością umysłową, deficytami poznawczymi, anomaliami psychicznymi, zaburzeniami osobowości i z zachowaniami dewiacyjnymi (ekscentrycznymi, perwersyjnymi, amoralnymi, antyspołecznymi). Nierzadko łączy je też z zaburzeniami schizofrenicznymi, emocjonalnymi, lękowymi, obsesyjno-kompulsyjnymi, postraumatycznymi (PTSD) i z zaburzeniami wywołanymi nadużywaniem substancji psychoaktywnych (alkohol, barbiturany, narkotyki, sterydy anaboliczne, ekstazy, „dopalacze”) oraz uzależnieniem od nich.

Parafrazując słowa autorów cytowanych prac, można powiedzieć, że patologiczność zachowań dzieci i adolescentów można ograniczyć do minimum tylko wtedy, gdy będzie ona wcześniej zdiagnozowana i anormalnie zachowujących się osobników podda się odpowiednim zabiegom, tak samo terapeutycznym (farmakoterapeutycznym, psychoterapeutycznym, psychokorekcyjnym), jak i resocjalizacyjnym, reedukacyjnym, readaptacyjnym. Należy sądzić, że treści zawarte w tym opracowaniu, wzbudzą w uważnych Czytelnikach ciekawość i chęć pogłębiania swojej wiedzy o zaburzeniach zachowania.

Bibliografia

- Bloomquist, M.W. (2011). *Trening umiejętności dla dzieci z zachowaniami problemowymi. Podręcznik dla rodziców i terapeutów*. Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Bomba, J. (2007). Zaburzenia zachowania. W: I. Namysłowska (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL.
- Carson, R.C., Butcher, J.N., Mineka, S. (2006). *Psychologia zaburzeń. Człowiek we współczesnym świecie* (vol. 1 i 2). Gdańsk: GWP.
- Jedynak, S., Kojkoł, J. (red.). (2009). *Encyklopedia filozofii wychowania*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Branta.
- Kendall, P.C. (2009). *Terapia dzieci i młodzieży. Procedury poznawczo-behawioralne*. Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kendall, P.C. (2004). *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji. Mechanizmy zaburzeń i techniki terapeutyczne*. Gdańsk: GWP.
- Kołąkowski, A. (red.). (2013). *Zaburzenia zachowania u dzieci. Teoria i praktyka*. Sopot: GWP.
- Kołąkowski, A. (2013). Diagnostyka zaburzeń zachowania. W: A. Kołąkowski (red.), *Zaburzenia zachowania u dzieci. Teoria i praktyka*. Sopot: GWP.
- Kołąkowski, A. (2013). Kompleksowe leczenie zaburzeń zachowania. W: A. Kołąkowski (red.), *Zaburzenia zachowania u dzieci. Teoria i praktyka*. Sopot: GWP.
- Kołąkowski, A. (2013). Kliniczny obraz zaburzeń zachowania. W: A. Kołąkowski (red.), *Zaburzenia zachowania u dzieci. Teoria i praktyka*. Sopot: GWP.
- Nurcombe, B. (2011). Zaburzenia opozycyjno-buntownicze i zaburzenia zachowania. W: M.H. Ebert, B. Nurcombe, P.T. Loosen, J.F. Leckman (red.), *Psychiatria. Aktualności w rozpoznawaniu i leczeniu*. Lublin: Wydawnictwo Czelej.
- Panasiuk-Chodnicka, A.A., Panasiuk, B. (2013). Paradygmat patologii życia rodzinnego i strategii radzenia sobie z nią (dyskurs na temat bezpieczeństwa zdrowotnego współczesnej rodziny). W: M. Borkowski, A. Wesołowska (red.), *Bezpieczeństwo zdrowotne człowieka. Wybrane problemy*. Gdańsk: Wyd. Gdańskiej Szkoły Wyższej.
- Panasiuk-Chodnicka, A.A., Panasiuk, B. (2009). Strategie rozwoju i kształtowania osobowości (próba rekonstrukcji technologii wychowania). *Studia Gdańskie. Wizje i rzeczywistość, V*. Gdańsk: Wyd. Gdańskiej Szkoły Wyższej Humanistycznej.
- Panasiuk, B. (2003). *Problemy pracy edukacyjnej i psychoprofilaktycznej w Marynarce Wojennej*. Gdynia: Wyd. Akademii Marynarki Wojennej.
- Panasiuk, B. (1999). *Wprowadzenie do psychologii*. Gdynia: Wyd. Akademii Marynarki Wojennej.
- Panasiuk, B. (1998). *Podstawy psychologii*. Gdynia: Wyd. Akademii Marynarki Wojennej.
- Pużyński, S. (red.). (1992). *Leksykon psychiatrii*. Warszawa: PZWW.
- Reber, A.S., Reber, E.S. (2005). *Słownik psychologii*. Warszawa: Wyd. Naukowe Scholar.
- Seligman, M.E.P., Walker, E.F., Rosenhan, D.W. (2003). *Psychopatologia*. Poznań: Wydawnictwo Zys i S-ka.

Behaviour disorders child and adolescence — an attempt od reconstruction

Abstract

The article addresses the issue of od behaviour disorders child and adolescence. It explains the notion and shows the nature of behaviour disorders. The paper presents the diagnostics criterion and define the contribution of behaviour disorders. Including an attempt to construct a new model of treatment and prevention of behaviour disorders.

Keywords: diagnostics criterion of behaviour disorders, the etiopathogenesis of behaviour disorders, a model for treatment and prevention of behaviour disorders.