

**Marta Kuty-Pachecka, Katarzyna  
Stefańska**

---

**Zaburzenia zachowania u dzieci i  
młodzieży**

---

Wychowanie w Rodzinie 11, 291-304

---

2015

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach  
dozwolonego użytku.



„Wychowanie w Rodzinie” t. XI (1/2015)

---

nadesłany: 30.09.2014 r. – przyjęty: 16.06.2015 r.

Marta KUTY-PACHECKA\*, Katarzyna STEFAŃSKA\*\*

## **Zaburzenia zachowania u dzieci i młodzieży**

Conduct disorders in children and adolescents

### **Streszczenie**

Zaburzenia zachowania są jednym z częstszych dolegliwości u dzieci w szkole. W niniejszym referacie przedstawimy ogóle spojrzenia na problematykę zaburzeń w zachowaniu. Zostaną zaprezentowane kryteria diagnostyczne stosowane przez psychologów w ocenie rodzaju zaburzenia. W dalszej części zostanie opisana epidemiologia i scharakteryzowane czynniki predysponujące do występowania tego zaburzenia u dzieci i młodzieży. Wczesne rozpoznanie zaburzeń zachowania, prawidłowo postawiona diagnoza i kompleksowe postępowanie terapeutyczne przyspiesza proces zdrowienia oraz utrzymania zdrowia młodych pacjentów. W toku rozważań wskażemy na główne metody terapii zaburzeń zachowania, które powinny znaleźć się w programie terapeutycznym, rozpoczynając od terapii grupowej dziecka, terapii interakcji rodzic – dziecko, treningów behawioralnych dla rodziców i umiejętności rozwiązywania problemów, a także szkolnych programów interwencyjnych. Artykuł ma na celu przybliżenie zaburzeń zachowania w kategoriach dysfunkcji dzieci i młodzieży oraz zaprezentowanie form oddziaływań terapeutycznych.

---

\* e-mail: [marta.odietamo@gmail.com](mailto:marta.odietamo@gmail.com)

Centrum Edukacji Nauczycielskiej, Uniwersytet Wrocławski, ul. W. Cybulskiego 30, 50–205 Wrocław, Polska.

\*\* e-mail: [stefanska@wp.k.pl](mailto:stefanska@wp.k.pl)

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Wydział Zamiejscowy we Wrocławiu, ul. A. Ostrowskiego 30b, 53–238 Wrocław, Polska.

**Słowa kluczowe:** zaburzenia zachowania, zaburzenia opozycyjno-buntownicze, diagnoza, terapia.

### Abstract

Conduct disorders are one of the most frequent troubles that children have to deal with at school. In this paper we present a general perspective on issues of behavioral disorders. The diagnostic criteria used by psychologists to establish the type of disorder will be presented. The following part shows the epidemiology and characterizes predisposing factors for the occurrence of this disorder in children and adolescents. Early and correct diagnosis of conduct disorder and comprehensive therapeutic treatment, accelerates the healing process and helps to maintain the health of young patients. The course of discussion will present the main methods of treatment of conduct disorders, starting with group therapy with children, the interaction of parent – child treatment, behavioral training for parents, problem solving skills and also school interventions programs. The aim of the article is to bring conduct disorder in terms of dysfunctions of children and adolescents and to present forms of therapeutic interventions.

**Keywords:** conduct disorder, oppositional defiant disorder, diagnosis, treatment.

Terminem „trudne dziecko” najczęściej jest określany nieletni sprawiający kłopoty wychowawcze, które przejawiają się w zachowaniach agresywnych w stosunku do nauczyciela, rodzica, jak i rówieśników, nadpobudliwości, braku koncentracji, nieprzystosowaniu do norm zachowania obowiązujących w społeczeństwie<sup>1</sup>. W poszukiwaniu odpowiedzi na pytanie dotyczące przyczyn niepożądanego zachowania dziecka, kieruje się je na diagnozę psychologiczno-pedagogiczną. W poradniach psychologiczno-pedagogicznych często okazuje się, że dziecko cierpi z powodu zaburzeń zachowania. Wczesna diagnoza pozwala na natychmiastowe rozpoczęcie oddziaływań terapeutycznych. Ważne jest, aby zarówno środowisko rodzinne, zespół psychologów, jak i grono pedagogiczne wspólnie zaangażowało się w pomoc dziecku, bowiem im więcej oddziaływań zostanie wykorzystanych, tym większa będzie ich skuteczność<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> A. Kołakowski, *Kliniczny obraz zaburzeń zachowania*, [w:] Tenże (red.), *Zaburzenia zachowania u dzieci. Teoria i praktyka*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2013, s. 16–18.

<sup>2</sup> A. Karasowska, *Korygowanie zaburzeń zachowania w środowisku wychowawczym placówki*, [w:] A. Kołakowski (red.), *Zaburzenia zachowania...*, dz. cyt., s. 516–557.

## Kryteria diagnostyczne

Kiedy mamy do czynienia z nieprawidłowym funkcjonowaniem dziecka bądź adolescenta, ważne jest aby trafnie odróżnić objawy, które faktycznie mogą sugerować zaburzenia zachowania, a nie te, które wynikają z systemu wychowawczego stosowanego w domu bądź też charakteru dziecka. Artur Kołakowski<sup>3</sup> wskazuje, aby w przypadku kierowania dziecka na diagnozę psychologiczną, sugerować się występowaniem problemów z powtarzającymi się trudnościami w szkole, które mogą doprowadzić do zawieszenia bądź usunięcia dziecka ze szkoły, brakiem odpowiedzi w zachowaniu na oddziaływania rodziców, występowaniem zachowań stanowiących zagrożenie dla innych. Wyżej wymienione problemy są bardziej sygnałami tego, że zachowanie dziecka odbiega od przyjętych norm. Wówczas zalecana diagnoza psychologiczna pozwoliłaby na określenie z jakiego typu problemami mamy do czynienia i jakiego rodzaju oddziaływania zapobiegawcze należy zastosować.

Psychologowie w celu zdiagnozowania dziecka bądź adolescenta pod kątem zaburzeń zachowania posługują się w praktyce *Klasyfikacją zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*. Opisywane poniżej kryteria diagnostyczne należą do kategorii *Zaburzeń zachowania i emocji rozpoczynających się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym (F91 – Zaburzenia zachowania)*<sup>4</sup>. Jest to jedna z najbardziej rozbudowanych kategorii. Wynika to głównie z faktu, że zaburzenia zachowania mogą przejawiać się pod różnymi postaciami i odmienne mogą być ich mechanizmy i przyczyny. Ważne jest poprawne zdiagnozowanie osoby badanej, aby zastosować adekwatną interwencję psychologiczną, jak i farmakoterapię, o ile jest ona konieczna.

Aby móc zdiagnozować zaburzenia zachowania, muszą zostać spełnione podstawowe kryteria powtarzającego się i utrwalonego wzorca zachowania, polegającego na naruszeniu podstawowych praw innych osób bądź norm i reguł społecznych. Poniższa lista zachowań, będąca kryteriami diagnostycznymi, zawiera specyficzne zachowania, które muszą występować przynajmniej przez sześć miesięcy (uwaga: do spełnienia kryterium wystarczy choćby jednorazowe wystąpienie objawów wymienionych w punktach 11, 13, 15, 16, 20, 21, 23):

- 1) „wybuchy złości nadzwyczaj częste lub ciężkie w stosunku do poziomu rozwojowego,
- 2) częste kłótnie z dorosłymi,
- 3) często aktywne odrzucanie wymagań dorosłych lub niespełnianie reguł,
- 4) często jakby rozmyślne robienie rzeczy, które budzą gniew u innych ludzi,

<sup>3</sup> A. Kołakowski, *Diagnoza zaburzeń zachowania*, [w:] Tamże, s. 153–154.

<sup>4</sup> *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Warszawa 1998, s. 140.

- 5) często oskarżenia innych za swoje własne pomyłki lub niewłaściwe zachowanie,
- 6) częsta „drażliwość” i łatwość wprowadzanie w złość przez innych,
- 7) częste wpadanie w gniew lub rozżalenie,
- 8) częsta złośliwość i mściwość,
- 9) częste kłamstwa lub zrywanie obietnic w celu uzyskania dóbr lub przywilejów, lub uniknięcia obowiązków,
- 10) częste inicjowanie starć fizycznych (nie obejmuje starć z rodzeństwem),
- 11) używanie broni, która może powodować u innych poważne uszkodzenia ciała (np. kij, cegła, rozbita butelka, nóż, strzelba),
- 12) pozostawianie poza domem po zapadnięciu zmroku, mimo zakazów rodziców (rozpoczynające się przed 13. rokiem życia),
- 13) przejawianie fizycznego okrucieństwa wobec innych osób (np. krępowanie, ranienie lub podpalanie ofiary),
- 14) przejawianie fizycznego okrucieństwa wobec zwierząt,
- 15) rozmyślne niszczenie własności innych osób (inaczej niż poprzez podpalanie),
- 16) rozmyślne podkładanie ognia ze stwarzaniem ryzyka lub z zamiarem spowodowania poważnych zniszczeń,
- 17) kradzieże przedmiotów o niebanalnej wartości bez konfrontacji z ofiarą, zarówno w domu, jak i poza nim (np. kradzieże w sklepach, włamania, fałszerstwa),
- 18) częste wagary ze szkoły, rozpoczynające się przed 13. rokiem życia,
- 19) co najmniej dwukrotne ucieczki z domu rodzicielskiego lub zastępczego, albo ucieczka jednorazowa trwająca dłużej niż jedną noc (nie obejmuje opuszczenia domu w celu uniknięcia molestowania fizycznego lub seksualnego),
- 20) popełnianie przestępstw wymagających konfrontacji z ofiarą (wyłączając: kradzieże kieszonkowe, wymuszenia, napady),
- 21) zmuszanie innych osób do aktywności seksualnej,
- 22) częste terroryzowanie innych (np. rozmyślne zadawanie bólu lub ran połączone z uporczywym zastraszaniem, dręczeniem, molestowaniem),
- 23) włamania do cudzego domu, budynku lub samochodu<sup>5</sup>.

Należy pamiętać, aby diagnozowane zaburzenie nie spełniało kryteriów innych zaburzeń psychicznych, takich jak: osobowość dysocjacyjna, schizofrenia, epizod maniakalny, epizod depresyjny, całościowe zaburzenia rozwojowe, zaburzenia hiperkinetyczne. Jeśli symptomy spełniają kryteria zaburzeń emocjonalnych, wówczas należy rozpoznać mieszane zaburzenia zachowania i emocji. W Klasyfikacji ICD-10 elementem różnicującym jest wiek wystąpienia zaburzenia, i tak rozpoznajemy postać z początkiem w dzieciństwie, kiedy to trudności z zachowaniem dziecka rozpoczynają się przed 10. rokiem życia, oraz postać z początkiem w wieku młodzieńczym, kiedy takie trudności nie występują przed

<sup>5</sup> Tamże, s. 141–142.

10. rokiem życia<sup>6</sup>. Wystąpienie zaburzeń przed 10. rokiem życia, rokuje znacznie gorzej, co w praktyce oznacza mniejszą skuteczność działań terapeutycznych<sup>7</sup>.

Badania z 2002 roku pokazują, że w okresie 1990–1995 ilość podawanych leków psychofarmakologicznych dzieciom w wieku przedszkolnym wzrosła ponad trzykrotnie. Badacze sugerują również, że trend ten ma tendencję wzrostową<sup>8</sup>. Wydaje się to o tyle istotne, że pomimo niewystarczającej ilości badań na temat występowania zaburzeń zachowania wśród dzieci w tej grupie wiekowej, stosuje się wobec nich farmakoterapię.

Benjamin Rolon-Arroyo, David Arnold i Elizabeth Harvey<sup>9</sup> przeprowadzili badania na grupie 216 dzieci w wieku trzech lat, które wskazują, że szczególnie przydatne w diagnozie w wieku szkolnym okazały się trzy objawy zaburzeń zachowania, takie jak: niszczenie rzeczy, kradzieże i bójki.

Istotne w leczeniu jest odpowiednie rozpoznanie rodzaju zaburzenia zachowania, z jakim mamy do czynienia, bowiem inne podjęte będą oddziaływania terapeutyczne w stosunku do pacjenta, który przejawia zaburzenia zachowania z nieprawidłowym procesem socjalizacji, a inne przy zaburzeniach opozycyjno-buntowniczych.

W klasyfikacji ICD-10 wyróżnia się cztery podtypy zaburzeń zachowania (każdy z tych podtypów musi spełniać ogóle kryteria kategorii „Zaburzenia zachowania”):

- a) zaburzenia zachowania ograniczone do środowiska rodzinnego – zachowania wymienione w ogólnych kryteriach diagnostycznych występują tylko w kontekście rodzinnym, oznacza to, że zachowanie dziecka jest zależne od sytuacji rodzinnej;
- b) zaburzenia zachowania z nieprawidłowym procesem socjalizacji – zaburzenie to charakteryzuje się wyraźnie słabymi relacjami interpersonalnymi pacjentów z grupą rówieśniczą, ich izolacją, odrzuceniem, niepopularnością i brakiem trwałych bliskich, wzajemnych relacji;
- c) zaburzenia zachowania z prawidłowym procesem socjalizacji – w tym rodzaju zaburzenia, związki rówieśnicze pozostają w prawidłowych granicach, natomiast objawy występują poza środowiskiem rodzinnym;
- d) zaburzenie opozycyjno-buntownicze – charakteryzują się utrwalonym wzorcem negatywistycznego, wrogiego, buntowniczego, prowokacyjnego i niszczyckiego zachowania. Dodatkowym symptomem diagnozującym jest

<sup>6</sup> Tamże, s. 142.

<sup>7</sup> A. Kołakowski, *Zaburzenia zachowania*, [w:] T. Wolańczyk, J. Komender (red.), *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, s. 245.

<sup>8</sup> H. Egger, A. Angold, *Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry” 2006, nr 47(3/4), s. 313.

<sup>9</sup> B. Rolon-Arroyo, D. Arnold, E. Harvey, *The predictive utility of conduct disorder symptoms in preschool children: a 3 year follow-up study*, „Child Psychiatry Human Development” 2014, nr 45, s. 329–337.

niski próg tolerancji frustracji oraz brak kontroli emocjonalnej. Kluczową różnicą jest niewystępowanie zachowań naruszających prawo i podstawowe prawa innych. Zachowania te występują we wczesnym dzieciństwie, brak interwencji powoduje wykształcenie zaburzeń zachowania<sup>10</sup>.

W kontekście niniejszego artykułu oraz przedstawionych badań ważne jest wspomnienie o drugiej klasyfikacji chorób psychicznych DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) Została ona stworzona przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne.

DSM-IV-TR nie różni się zasadniczo od ICD-10, podobnie jak w europejskiej klasyfikacji tutaj również zaznacza się, że aby zdiagnozować kategorię zaburzeń zachowania, należy stwierdzić stały, utrwalony wzorzec postępowania, który w zasadniczy sposób narusza podstawowe prawa innych osób lub też normy społeczne. Dodatkowo zachowania te powodują istotne upośledzenie funkcjonowania społecznego, szkolnego lub zawodowego. DSM-IV-TR dzieli listę zachowań na cztery sekcje: agresja wobec ludzi i zwierząt, niszczenie własności, wyłudzenia lub kradzieże oraz poważne naruszenie zasad. Wyróżnia się trzy rodzaje ciężkości: łagodny, umiarkowany i ciężki. Podobnie jak w ICD-10 twórcy zalecają kodowanie kategorii w zależności od wieku zachorowania:

- a) zaburzenie zachowania, postać o początku w dzieciństwie,
- b) zaburzenie zachowania, postać w wieku dorastania,
- c) zaburzenie zachowania, początek nieokreślony<sup>11</sup>.

Zasadniczą różnicą pomiędzy ICD-10 a DSM-IV-TR jest wyróżnienie Zaburzeń opozycyjno-buntowniczych jako osobnej kategorii diagnostycznej. Zaburzenie to tłumaczone jest jako wzorzec „[...] negatywistycznych, wrogich i buntowniczych zachowań, które utrzymują się przez okres co najmniej 6 miesięcy”<sup>12</sup>. Klasyfikacja podaje, że aby zdiagnozować to zaburzenie, należy stwierdzić występowanie przynajmniej czterech zachowań z poniższej listy:

- 1) „osoba często traci panowanie nad sobą,
- 2) często kłóci się z dorosłymi,
- 3) często buntuje się lub odmawia zastosowania się do wymagań lub zasad wyznaczanych przez dorosłych,
- 4) często rozmyślnie dokucza innym,
- 5) często obwinia innych za własne błędy lub niewłaściwe zachowanie,
- 6) często jest przewrażliwiona lub drażliwa wobec innych,
- 7) często jest gniewna lub rozżalona,
- 8) często jest złośliwa lub mściwa”<sup>13</sup>.

W maju 2013 roku American Psychological Association (APA), wprowadziło kolejną wersję Klasyfikacji, czyli DSM-V. Obecnie trwają prace nad pol-

<sup>10</sup> Klasyfikacja zaburzeń psychicznych..., dz. cyt., s. 141–142.

<sup>11</sup> Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR, Elsevier, Wrocław 2000, s. 53.

<sup>12</sup> Tamże, s. 54.

<sup>13</sup> Tamże.

skim tłumaczeniem. Niemniej wersja anglojęzyczna pozwala na przytoczenie kilku zasadniczych różnicy pomiędzy starą a nową wersją Klasyfikacji. Przede wszystkim, jak wskazuje Tomasz Wolańczyk<sup>14</sup> w referacie pt. *Zaburzenia zachowania – zmiany w klasyfikacji*, wygłoszonym w ramach 27. Konferencji Sekcji Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, zmiana, którą wprowadzono dotyczy wyróżnienia wśród osób z diagnozą zaburzeń zachowania, tych którzy odznaczają się ograniczonym zakresem emocji prospołecznych. Oznacza to, że takie zachowania jak utrzymujący się stały brak poczucia winy i żalu z powodu wyrządzonej krzywdy, mogą być wyznacznikiem diagnozy zaburzeń emocji prospołecznych [tłum. autora]. Istnieje wiele badań, które wskazują na silne związki zaburzeń zachowania z osobowością antyspołeczną diagnozowaną u osób dorosłych (badania sugerują, że dotyczy to około 40% nastolatków z diagnozą zaburzeń zachowania)<sup>15</sup>. Twórcy DSM-V wzięli ten fakt pod uwagę, dlatego też osobowość antyspołeczna występuje w klasyfikacji dwukrotnie, raz w kontekście właśnie zaburzeń zachowania, a drugi raz w kategorii zaburzeń osobowości<sup>16</sup>.

Zaburzenia zachowania są często mylone z innym zaburzeniami psychicznymi, które również mogą wystąpić w okresie wczesnej adolescencji, takich jak: depresja, psychozy, uzależnienia, mania<sup>17</sup>.

## Etiologia

W etiopatogenezie zaburzeń zachowania uwzględnia się wiele czynników. Kołakowski<sup>18</sup> zgromadził i przeanalizował wyniki prac badawczych, w których podjęta została próba odpowiedzi na pytanie o etiologię tego zaburzenia. Wyodrębnił on:

- czynniki rozwojowe – powiązane z powikłaniami w trakcie ciąży oraz okresu okołoporodowego, wczesną separacją od rodziców, niższym ilorazem inteligencji, przewlekłymi chorobami, temperamentem dziecka, deficytami neuropsychologicznymi oraz czynnikami związanymi z płcią (częściej zaburzenie to występuje u chłopców);
- czynniki związane z rodzicami i funkcjonowaniem rodziny – powiązane z zaburzeniami psychicznymi występującymi w rodzinie (np. depresja u matki), wczesnym macierzyństwem, sposobami wychowania, złymi warunkami so-

<sup>14</sup> T. Wolańczyk, *Zaburzenia zachowania – zmiany w klasyfikacji*. Referat wygłoszony w ramach 27. Konferencji Sekcji Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Gdańsk 2014.

<sup>15</sup> B. Lahey, R. Loeber, J. Burke, B. Applegate, *Predicting future antisocial personality disorder in males from a clinical assessment in childhood*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 2005, nr 73 (3), s. 389–399.

<sup>16</sup> T. Wolańczyk, *Zaburzenia zachowania...*, dz. cyt.

<sup>17</sup> A. Kołakowski, *Diagnoza zaburzeń zachowania...*, dz. cyt., s. 181.

<sup>18</sup> Tenże, *Kliniczny obraz zaburzeń zachowania*, [w:] Tenże (red.), *Zaburzenia zachowania...*, dz. cyt., s. 31–38.



- cialnymi, występowaniem przemocy w domu w stosunku do członków rodziny, jak i samego dziecka, konfliktami w rodzinie, czyli wszystkim tym, co zaburza normalny tok funkcjonowania dziecka w rodzinie;
- czynniki związane z funkcjonowaniem dziecka w środowisku szkolnym i rówieśniczym – do grupy tych czynników można zaliczyć problemy z adaptacją dziecka w środowisku szkolnym i rówieśniczym, specyficzne trudności w szkole, niedojrzałość społeczną dziecka;
  - przebieg zaburzeń zachowania – w tej grupie czynników predysponujących do rozwoju zaburzeń zachowania można zaliczyć przede wszystkim wczesny początek wystąpienia zachowań problemowych, stałe utrzymywanie się objawów oraz ich duże nasilenie pomimo zastosowanych interwencji, różnorodność zachowań, konflikty z prawem oraz utrzymywanie się objawów w kilku środowiskach, w których funkcjonuje dziecko (środowisko rodzinne, rówieśnicze).

Bardzo ważną rolę w etiologii zaburzeń zachowania stanowi wypracowanie wzorca przywiązania pomiędzy opiekunem a dzieckiem. Najnowsze badania wskazują na istnienie istotnej relacji pomiędzy zaburzoną relacją nastolatków z opiekunami a występowaniem u nich zaburzeń zachowania i emocji. Przyczyniają się do tego brak wsparcia ze strony rodziców oraz brak poczucia bezpieczeństwa nastolatków<sup>19</sup>. Nie bez znaczenia dla wystąpienia tego zaburzenia są również sposoby wychowywania dziecka, o których mowa już wcześniej. Badania pokazują, że niekonsekwencja w karaniu dziecka, ignorowanie jego potrzeb oraz nadmierna dyscyplina, jak również częsta irytacja rodzica oraz rzadkie okazywanie przez niego uczuć dziecku są czynnikami predysponującymi do wykształcenia omawianego zaburzenia<sup>20</sup>.

## Epidemiologia

Badania dotyczące rozpowszechnienia i rozpoznawania zaburzeń zachowania opierające się na kryteriach zawartych w klasyfikacji amerykańskiej zaburzeń psychicznych (*Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*) wykazały występowanie objawów zaburzeń zachowania u 10–15% populacji dzieci i 24%<sup>21</sup>. Rozpoznawanie diagnozowane jest najczęściej na populacji pochodzącej z du-

<sup>19</sup> G. Iniewicz, D. Wiśniewska, K. Dziekan, A. Czuszkiewicz, *Wzory przywiązania i zachowania agresywne wśród młodzieży z diagnozą zaburzeń zachowania i emocji*, „Psychiatria Polska” 2011/XLV (5), s. 703–711.

<sup>20</sup> M. Dadds, K. Salmon, *Punishment Insensitivity and Parenting: Temperament and Learning as Interacting Risks for Antisocial Behavior*, „Clinical Child and Family Psychology Review” 2003, nr 6(2), s. 69–86.

<sup>21</sup> J. Bomba, *Zaburzenia zachowania*, [w:] I. Namysłowska (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012, s. 246–247.

zych miast. W badaniach wykazano, że częstość występowania tego zaburzenia jest wyższa u chłopców, i pierwsze problemy pojawiają się u nich już w pierwszej klasie szkoły podstawowej, natomiast u dziewcząt zaburzenia zachowania diagnozowane są w okresie dojrzewania, czyli około 13.–16. roku życia<sup>22</sup>.

## Metody leczenia zaburzeń zachowania

Istnieje wiele różnych podejść do terapii zaburzeń zachowania. Jednymi z najbardziej efektywnych metod są chociażby systemowe programy, terapia poznawczo-behawioralna odnosząca się do zachowań trudnych dzieci i interakcji pomiędzy rodzicem a dzieckiem, a także trening behawioralny dla rodziców i terapia rodzinna zorientowana na zachowanie<sup>23</sup>. Zdaniem Kołakowskiego najwyższą skutecznością charakteryzują się programy, które nastawione są na profilaktykę i wdrażane są w momencie, kiedy problem zaczyna się dopiero rozwijać<sup>24</sup>. W modelach leczenia zaburzeń zachowania, kładzie się nacisk szczególnie na wczesną diagnozę i terapię. Warto pamiętać, że w przypadku leczenia zaburzeń zachowania interwencje, które nastawione są na ukaranie są nieskuteczne, a co ważne – wzmacniają niepożądane zachowania. Leczenie zaburzeń zachowania winno być kompleksowe i multimodalne. Obecnie standardem staje się jednoczesne prowadzenie terapii dziecka indywidualnej lub grupowej oraz treningu umiejętności rodzicielskich.

## Zaburzenia zachowania (CD)

Terapia zaburzeń zachowania nie powinna się ograniczać do leczenia zauważalnych objawów, ale jej celem powinno być poprawienie funkcjonowania dziecka, rodziców. Programy proponowane w terapii indywidualnej dla dzieci i rodziców to poznawczy trening umiejętności rozwiązywania problemów (PSST) oraz warsztaty umiejętności rodzicielskich (PMT).

Trening umiejętności rozwiązywania problemów ukierunkowany jest na rozwój interpersonalnych umiejętności poznawczych dzieci, szczególnie zaś kładzie się nacisk na procesy myślenia, które kierują zachowaniem. W czasie treningu u dziecka rozwija się zachowania prospołeczne, z udziałem technik behawioralnych, czyli modelowania i wzmacniania<sup>25</sup>. Wykorzystuje się również

<sup>22</sup> A. Kołakowski, *Zaburzenia zachowania*, [w:] T. Wolańczyk, J. Komender (red.), *Zaburzenia emocjonalne...*, dz. cyt., s. 252.

<sup>23</sup> P. Kendall, *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004, s. 73–77.

<sup>24</sup> A. Kołakowski, *Kompleksowe leczenie zaburzeń...*, dz. cyt., s. 196.

<sup>25</sup> K. Salmon, M.R. Dadds, J. Allen, D.J. Hawes, *Can Emotional Language Skills be Taught During Parent Training for Conduct Problem Children?*, „Child Psychiatry Hum Dev” 2009, nr 40, s. 485–498.

gry, będące strukturalizowanymi zadaniami, które rozwijają poznawcze umiejętności rozwiązywania problemów. W trakcie terapii terapeuta i pacjent odgrywają role i ćwiczą użycie pięciu kroków, związanych z rozpoznaniem i określeniem problemu („Jaki mam problem i co mam robić?”), stworzeniem alternatywnych rozwiązań danego problemu („W jaki sposób mogę potencjalnie rozwiązać ten problem?”) skoncentrowaniem się („najpierw się skoncentruję i skupię uwagę na problemie”), wybraniem właściwej odpowiedzi (Teraz dokonam wyboru”), sprawdzeniem, czy dane rozwiązanie było najlepsze z możliwych („Rozwiązałem problem. Nie udało mi się, spróbuje jeszcze raz”)<sup>26</sup>. Głównym celem treningu jest nauka poszczególnych kroków rozwiązywania sytuacji trudnych, samokontroli emocjonalnej, szczególnie powstrzymania się od reakcji impulsywnych i agresywnych, a także wprowadzenia systemu nagród. Rodzice odbywają szkolenie w zakresie komunikacji i kontroli emocji, uczą się jak stosować techniki aktywnego słuchania, w jaki sposób identyfikować i kontenerować negatywne emocje dziecka<sup>27</sup>. Istotne jest, aby efekty uzyskane w czasie terapii utrwalac w sytuacjach szkolnych, domowych.

Trening umiejętności rodzicielskich (PMT) jest jednym z najbardziej intensywnych technik terapeutycznych i jest zalecany dla rodzin z dziećmi poniżej 12. roku życia<sup>28</sup>. Badania empiryczne potwierdzają skuteczność programów PMT<sup>29</sup>. Trening umiejętności rodzicielskich ma na celu zmianę zachowań dzieci w sytuacjach domowych. Terapia koncentruje się na rozwinięciu wśród rodziców umiejętności rozpoznawania i opisanie zachowań trudnych u dziecka, umiejętnego wyciągania konsekwencji z takich zachowań przez stosowanie zasad warunkowania sprawczego i m.in. wzmocnień pozytywnych, pozbawianie przywilejów, a także ocenę postępów pracy. Istotna jest również nauka zasad negocjacji i umiejętnego spisywanie umów np. o warunkach otrzymywania nagród lub utraty przywilejów. Programy umiejętności rodzicielskich skupiają się na rozwijaniu u rodziców strategii radzenia sobie z trudnymi problemami, umiejętności wprowadzania akceptowalnych modyfikacji zachowań u dziecka, ukierunkowania uwagi rodzica na adaptacyjne zachowania podopiecznego, a także poprawieniu jakości relacji i komunikacji pomiędzy rodzicami a dzieckiem<sup>30</sup>. W czasie treningu rodzice ćwiczą stosowanie nowo poznanych zasad, w ten

<sup>26</sup> A.E. Kazdin, J.R. Weisz (red.), *Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006, s. 277–280.

<sup>27</sup> K. Salmon, M.R. Dadds, J. Allen, D.J. Hawes, *Can Emotional Language...*, dz. cyt., s. 485–498.

<sup>28</sup> J. Högstöm, P. Enebrink, A. Ghaderi, *The Moderating Role of Child Callous-Unemotional Traits in an Internet-Based Parent-Management Training Program*, „Journal of Family Psychology” 2013, nr 27(2), s. 314–323.

<sup>29</sup> D. Michelson, C. Davenport, J. Dretzke, J. Barlow, C. Day, *Do Evidence-Based Interventions Work When Tested in the “Real World?” A Systematic Review and Meta-analysis of Parent Management Training for the Treatment of Child Disruptive Behavior*, „Clin Child Fam Psychol Rev” 2013, nr 16, s. 18–34; B. Lundahl, H. Risser, M. Lovejoy, *A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects*, „Clinical Psychology Review” 2006, nr 26, s. 86–104.

<sup>30</sup> J. Högstöm, P. Enebrink, A. Ghaderi, *The Moderating Role...*, dz. cyt., s. 314–323.

sposób rozwijają swoje umiejętności wychowawcze, które mogą wykorzystywać w domu<sup>31</sup>.

Badania potwierdzają, że terapia PSST, w połączeniu z treningiem PMT, przyczyniają się do istotnego obniżenia częstotliwości występowania zachowań antyspołecznych i wzrostu poziomu zachowań prospołecznych u dzieci.

Najskuteczniejszą metodą przeciwdziałania zachowaniom destrukcyjnym są działania prewencyjne. Kluczowe znaczenie mają szkolenia dla rodziców na temat kształtowania zachowań poprawiających przystosowanie dziecka, szczególnie zaś konsekwentnego postępowania wobec wybuchów złości i nieposłuszeństwa nieletniego, bez stosowania przemocy. Istotne są również treningi umiejętności społecznych dla rodziców.

Takie szkolenia przyczynią się do zmniejszenia frustracji, agresji i patologicznych form zachowania, a także poprawy relacji społecznych i polepszenia wyników w nauce<sup>32</sup>.

### **Zaburzenia opozycyjno-buntownicze (ODD)**

Istotna w leczeniu zaburzeń opozycyjno-buntowniczych jest profilaktyka, a także psychoedukacja i treningi dla rodziców. W ramach takich treningów rodzice muszą nauczyć się wytrwałości i konsekwencji, a także stosowania technik behawioralnych, np. pozytywnych wzmocnień za posłuszeństwo czy wygaszania zachowań negatywnych. Zdaniem Kołakowskiego kluczem do leczenia ODD jest wczesna prewencja, polegająca na wprowadzaniu do szkół i przedszkoli np. programów dla dzieci agresywnych czy sprawiających trudności wychowawcze<sup>33</sup>. Działania profilaktyczne mogą przyczynić się do regresji objawów zaburzeń opozycyjno-buntowniczych, a co ważne – zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia poważnych następstw, np. konfliktu z prawem, zaburzeń zachowania, rozwoju antyspołecznych zaburzeń osobowości<sup>34</sup>.

W sytuacjach, gdy zaburzenia zachowania doprowadziły do obniżenia samooceny i demoralizacji niezbędna jest terapia indywidualna. Jeśli objawy są źródłem konfliktów rówieśniczych, co utrudnia komunikację i współpracę, warto zastosować terapię grupową umiejętności społecznych<sup>35</sup>.

Badania wskazują, że jedną z najbardziej skutecznych metod w leczeniu zachowań zaburzonych jest terapia interakcji rodzic – dziecko (PCIT). Celem tej terapii jest nie tylko poprawienie więzi między rodzicem i dzieckiem, ale również wytworzenie umiejętności kontrolowania zachowania dziecka przez osobę dorosłą<sup>36</sup>. Bezpieczna relacja jest fundamentem do skutecznego wprowadzania

<sup>31</sup> A.E. Kazdin, J.R. Weisz (red.), *Psychoterapia dzieci i młodzieży...*, dz. cyt., s. 287.

<sup>32</sup> M.R.S. Manley, *Psychiatria. Praktyczny przewodnik kliniczny*, Elsevier, Wrocław 2010, s. 421–422.

<sup>33</sup> A. Kołakowski, *Kompleksowe leczenie zaburzeń...*, dz. cyt., s. 201.

<sup>34</sup> Tamże, s. 201.

<sup>35</sup> M.R.S. Manley, *Psychiatria...*, dz. cyt., s. 419.

<sup>36</sup> A.E. Kazdin, J.R. Weisz (red.), *Psychoterapia dzieci i młodzieży...*, dz. cyt., s. 230.

ograniczeń i dyscypliny, które są źródłem trwałych zmian w zachowaniu. Z tego też względu terapia dzieli się na dwie fazy. Pierwsza wiąże się ze zwiększeniem wrażliwości rodziców i stworzeniem bliskiej, bezpiecznej więzi między rodzicem a potomstwem (CDI). Terapeuci w tej części terapii koncentrują się na zwiększeniu pozytywnych interakcji rodzic – dziecko, uczą rodziców, w jaki sposób przekazywać dziecku pozytywne informacje zwrotne na temat właściwego zachowania podczas wspólnej zabawy, i jak ignorować, nie wzmacniając zarazem, negatywne<sup>37</sup>. Kolejny proces terapeutyczny ukierunkowany jest na to, aby rodzic zmniejszył liczbę uwag krytycznych, poleceń i pytań, które z jednej strony kierują rozmową, a z drugiej są zazwyczaj formą polecenia, które wymaga odpowiedzi<sup>38</sup>. W drugiej fazie (PDI) rodzice uczą się monitorować i kontrolować zachowaniem swojego dziecka. Rodzice nabywają umiejętności nakładania ograniczeń i zasad dziecku, a także rozwiązywania problemów i konfliktów. Istotną umiejętnością, jaką nabywają rodzice w czasie terapii to umiejętność przekazywania jasnych i prostych komunikatów, zamiast uwag krytycznych i poleceń pośrednich, które dają alternatywę niezrealizowania zadania. W związku z tym, podstawowym celem tego etapu terapii jest zwiększenie posłuszeństwa dziecka i zmniejszenie zachowań niepożądanych. Badania wskazują, że na skutek tej terapii następowała zmiana w trudnym zachowaniu dzieci, a także zachodziły znaczące zmiany w zachowaniu rodziców, szczególnie zaś wzrosła częstotliwość słuchania refleksyjnego, werbalizacji prospołecznej i bliskości fizycznej, natomiast zmalały uwagi krytyczne<sup>39</sup>.

Inną efektywną metodą poznawczo-behawioralną, która stosowana jest w leczeniu dysfunkcyjnych zachowań wśród młodzieży jest Mode Deactivation Therapy (MDT). Fundamenty tej koncepcji sięgają do koncepcji Arona Becka na temat negatywnych myśli automatycznych i schematów poznawczych, dialektycznej terapii behawioralnej (DBT), terapii akceptacji i zaangażowania (ACT) i koncepcji uważności<sup>40</sup>. Metaanalizy wskazują, że technika MDT jest bardziej efektywna niż standardowe zabiegi poznawczo-behawioralne, po zastosowaniu tego typu leczenia dochodziło do istotnej poprawy u dzieci z zaburzeniami zachowania. Wśród badanych osób agresywne zachowanie zmniejszyło się o 7%, natomiast przestępstwa seksualne o 4%<sup>41</sup>.

<sup>37</sup> E.R. Kimonis, D.M. Bagner, D. Linares, C.A. Blake, G. Rodriguez, *Parent Training Outcomes Among Young Children with Callous-Unemotional Conduct Problems with or at Risk for Developmental Delay*, „Journal of Child Fam Stud.” 2014, nr 23, s. 437–448.

<sup>38</sup> A.E. Kazdin, J.R. Weisz (red.), *Psychoterapia...*, dz. cyt., s. 232–235.

<sup>39</sup> Tamże, s. 240–246.

<sup>40</sup> J. Swart, J. Apsche, *A comparative treatment efficacy study of conventional therapy and mode deactivation therapy (MDT) for adolescents with conduct disorders, mixed personality disorders, and experiences of childhood trauma*, „International Journal of Behavioral Consultation and Therapy” 2014, nr 9(1), s. 23–29.

<sup>41</sup> Tamże, s. 26–27.

## Farmakoterapia

Farmakoterapia jest stosowana w przypadkach, gdy zaburzenia zachowania współwystępują z ADHD<sup>42</sup>, depresją, zaburzeniami lękowymi, specyficznymi trudnościami szkolnymi oraz z nadużywaniem substancji psychoaktywnych<sup>43</sup>. Podawanie leków podczas leczenia ODD zmniejsza objawy agresji impulsywnej, jednak nie działa na same przyczyny zaburzenia opozycyjno-buntowniczego. Zdarza się, że przy nasileniu agresji, chwiejności emocjonalnej, impulsywności i braku skuteczności socjoterapii, stosuje się atypowe leki neuroleptyczne, lit, leki przeciwdrgawkowe, propanol, stabilizatory nastroju, leki przeciwdepresyjne, środki pobudzające, selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego noradrenaliny oraz leki przeciwpsychotyczne<sup>44</sup>.

Leczenie zaburzeń zachowania i zaburzeń opozycyjno-buntowniczych powinno być wielokierunkowe, czyli w leczeniu należy uwzględnić farmakoterapię, jeśli jest ona konieczna, ale i terapię dziecka, zwłaszcza trening umiejętności społecznych, trening umiejętności rodzicielskich, a także interwencje terapeutyczne w szkole.

## Bibliografia

- Bilgiç A., Türkoğlu S, Ozcan O, Tufan AE, Yılmaz S., Yüksel T., *Relationship between anxiety, anxiety sensitivity and conduct disorder symptoms in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)*, „European Child Adolesc Psychiatry” 2013, nr 22.
- Dadds M., Salmon K., *Punishment Insensitivity and Parenting: Temperament and Learning as Interacting Risks for Antisocial Behavior*, „Clinical Child and Family Psychology Review” 2003, nr 6(2).
- Egger H., Angold A., *Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry” 2006, nr 47(3/4).
- Gelhorn H., Sakai J., Price R., Crowley T., *DSM-IV conduct disorder criteria as predictors of antisocial personality disorder*, „Comprehensive Psychiatry” 2007, nr 48.
- Högström J., Enebrink P., Ghaderi A., *The Moderating Role of Child Callous-Unemotional Traits in an Internet-Based Parent-Management Training Program*, „Journal of Family Psychology” 2013, nr 27(2).

<sup>42</sup> A. Bilgiç, S. Türkoğlu, O. Ozcan, A.E. Tufan, S. Yılmaz, T. Yüksel, *Relationship between anxiety, anxiety sensitivity and conduct disorder symptoms in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)*, „European Child Adolesc Psychiatry” 2013, nr 22, s. 523–532.

<sup>43</sup> M.R.S. Manley, *Psychiatria...*, dz. cyt.

<sup>44</sup> H.K. Smith, D.R. Coghill, *Pharmacotherapy for children and adolescents with conduct problems*, [w:] R.C. Murrihy, A.D. Kidman, T.H. Ollendick (red.), *Clinical handbook of assessing and treating conduct problems in youth*, Springer Science + Business Media, New York 2010.

- Iniewicz G., Wiśniewska D., Dziekan K., Czuszkiewicz A., *Wzory przywiązania i zachowania agresywne wśród młodzieży z diagnozą zaburzeń zachowania i emocji*, „Psychiatria Polska” 2011, nr XLV(5).
- Kazdin A.E., Weisz J.R. (red.), *Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.
- Kendall P., *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004.
- Kimonis E.R., Bagner D.M., Linares D., Blake C.A., Rodriguez G., *Parent Training Outcomes Among Young Children with Callous-Unemotional Conduct Problems with or at Risk for Developmental Delay*, „Journal of Child Fam Stud” 2014, nr 23.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Warszawa 1998.
- Kołąkowski A., (red.), *Zaburzenia zachowania u dzieci*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2013.
- Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*, Elsevier, Wrocław 2000.
- Lahey B., Loeber R., Burke J., Applegate B., *Predicting future antisocial personality disorder in males from a clinical assessment in childhood*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 2005, nr 73(3).
- Lundahl B., Risser H., Lovejoy M., *A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects*, „Clinical Psychology Review” 2006, nr 26.
- Manley M.R.S., *Psychiatria. Praktyczny przewodnik kliniczny*, Elsevier, Wrocław 2010.
- Michelson D., Davenport C., Dretzke J., Barlow J., Day C., *Do Evidence-Based Interventions Work When Tested in the „Real World?” A Systematic Review and Meta-analysis of Parent Management Training for the Treatment of Child Disruptive Behavior*, „Clin Child Fam Psychol Rev” 2013, nr 16.
- Namysłowska I. (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012.
- Rolon-Arroyo B., Arnold D., Harvey E., *The predictive utility of conduct disorder symptoms in preschool children: a 3 year follow-up study*, „Child Psychiatry Human Development” 2014, nr 45.
- Salmon K., Dadds M.R., Allen J., Hawes D.J., *Can Emotional Language Skills be Taught During Parent Training for Conduct Problem Children?*, „Child Psychiatry Hum Dev” 2009, nr 40.
- Smith H.L., Coghil D.R., *Pharmacotherapy for children and adolescents with conduct problems*, [w:] R.C. Murrihy, A.D. Kidman, T.H. Ollendick (red.), *Clinical handbook of assessing and treating conduct problems in youth*, Springer Science + Business Media, New York 2010.
- Swart J., Apsche J., *A comparative treatment efficacy study of conventional therapy and mode deactivation therapy (MDT) for adolescents with conduct disorders, mixed personality disorders, and experiences of childhood trauma*, „International Journal of Behavioral Consultation and Therapy” 2014, nr 9(1).
- Wolańczyk T. *Zaburzenia zachowania – zmiany w klasyfikacji*. Referat wygłoszony w ramach 27. Konferencji Sekcji Psychiatrii Dzieci i Młodzieży w Gdańsku, Gdańsk 2014.
- Wolańczyk T., Komender J., (red.), *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.