



Pedagogical Contexts 2021, No. 2(17)
www.kontekstypedagogiczne.pl
ISSN 2300-6471, e-ISSN 2720-0000
s. 65–87
<https://doi.org/10.19265/kp.2021.2.17.320>



ARTYKUŁ NAUKOWY

Otrzymano:
5.04.2021

Zaakceptowano:
25.05.2021



Barbara Cygan

<https://orcid.org/0000-0002-7956-3230>
Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie
barbara.cygan@up.krakow.pl

Barbara Kurowska

<https://orcid.org/0000-0003-4798-4417>
Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie
barbara.kurowska@up.krakow.pl

SPÓŁECZNE FUNKCJONOWANIE DZIECKA Z ZABURZENIAMI ZACHOWANIA (I EMOCJI). STUDIUM PRZYPADKU

SOCIAL FUNCTIONING OF A CHILD WITH BEHAVIOURAL (AND EMOTIONAL) DISORDERS – THEORY AND PRACTICE

Słowa kluczowe:
zaburzenia zachowa-
nia i emocji, zacho-
wania trudne

Streszczenie: W artykule omówiono problem społecznego funkcjonowania dziecka z zaburzeniami zachowania i emocji. Po wprowadzeniu w problematykę (m.in. wyjaśnieniach terminologicznych, opisie przyczyn omawianych zjawisk) odwołano się do *case study*, w którego opisie zaprezentowano, jak zachowuje się dziecko na gruncie rodziny, szkoły oraz w środowisku społecznym. W charakterystyce wskazano również na codzienne problemy, z jakimi borykają się osoby, które muszą otoczyć takie dziecko opieką – rodziców, nauczycieli, opiekunów społecznych. Zasygnalizowano też bezradność osób pracujących w placówkach oświatowych, które nie do końca potrafią radzić sobie z dziećmi z zaburzeniami zachowania. We wnioskach zaproponowano kierunki zmian mogących

ułatwić nauczycielom pracę z dziećmi przejawiającymi takie trudności – uzupełnienie kierunków kształcenia nauczycieli o przedmioty z zakresu psychopatologii, psychiatrii i patologii społecznej oraz wzbogacenie programów przedmiotów o treści z zakresu metod pracy – zasugerowano metodę behawioralną jako najskuteczniejszą w kształtowaniu zachowań pożądanых. Specjaliści prowadzący terapię z dzieckiem z zaburzeniami powinni obowiązkowo zaznajomić z jej założeniami jego rodziców.

Keywords:

behavioural and emotional disorders, difficult behaviour

Summary: The article discusses the problem of social functioning of a child with behavioural and emotional disorders. After introducing the problems addressed in the article (terminology, reasoning of the phenomenon), a reference has been made to the case study, which describes how the child behaves in the family, at school and in the social environment. The article also provides thorough description of everyday problems parents, teachers and social guardians struggle with. The article indicates the helplessness of people who work in educational institutions, as well as their inability to cope with children with behavioural disorders. In the conclusions, some changes have been suggested, which could make teachers' work with such children easier. For instance, it has been suggested that subjects in the field of psychopathology, psychiatry and social pathology could be added to teacher education as well as enriching subject programs with the content in the field of methods – the behavioural method as the most effective in shaping the desirable behaviour of a child. Specialists conducting therapy with a child with disorders should familiarise parents with its assumptions.

Wprowadzenie

Dziecko z zaburzeniami zachowania i jego funkcjonowanie między innymi w domu, na terenie placówki oświatowej, w środowisku społecznym stawia przed rodzicami, opiekunami, wychowawcami i nauczycielami wiele wyzwań. W środowisku domowym przejawia ono często takie zachowania, jak na przykład gryzienie, kopanie, rzucanie przedmiotami, krzyki i wyzwiska pod adresem rodziców czy też całkowite ignorowanie ich poleceń. Nie wykazuje przy tym woli ich korygowania, mimo nalegań ze strony opiekunów.

Zaburzenia zachowania ujawniają się również podczas pobytu w szkole. Dziecko może doświadczać silnego gniewu, gdy nauczyciel poprosi je o wykonanie jakiegoś zadania. Może też przerywać lekcję ze względu na nagłe atakowanie kogoś z kolegów lub rzucanie dostępnymi w sali krzesłami czy innymi przedmiotami będącymi w zasięgu jego rąk. Te zachowania przysparzają wielu problemów, z którymi rodzicom i nauczycielom trudno jest sobie skutecznie radzić. Zdają się oni również nie być dostatecznie przygotowani do działań mających na celu wypracowanie zmian w postępowaniu takiego dziecka. Narażeni niejednokrotnie na agresywne ataki oraz zmuszeni do ciągłego kontrolowania zachowania dziecka, muszą jednocześnie pamiętać o zapewnieniu poczucia bezpieczeństwa sobie i osobom z najbliższego otoczenia. Rodzi to wiele frustracji, jest źródłem stresu, zwątpienia i zniechęcenia do podejmowania kroków mających służyć zmianie. Wymaga to podjęcia współpracy ze specjalistami w celu obrania wspólnego kierunku działań terapeutycznych i wychowawczych.

Nauczyciel pracujący z dzieckiem ze zdiagnozowanymi zaburzeniami zachowania musi pamiętać, że jest to jednostka chorobowa ujęta w klasyfikacji psychiatrycznej, a nie zachowanie będące przejawem buntu, którego celem jest naruszenie obowiązujących norm społecznych. Wynika ono zarówno ze „szczególnej konstrukcji psychicznej (związanej z dużymi potrzebami stymulacji, a przez to poszukiwaniem wrażeń), jak i z niewłaściwych oddziaływań wychowawczych, np. braku granic, przemocy itp.” (Domurat, 2016, s. 54).

Przyczyną nieradzenia sobie przez rodziców/opiekunów/nauczycieli z problemami zaburzeń zachowania występującymi u dzieci są deficyty podopiecznych w zakresie umiejętności społecznych i emocjonalnych. Problemem jest między innymi ich nieumiejętność radzenia sobie w różnego rodzaju sytuacjach społecznych, często przejawiana bezradność, nieumiejętność nawiązywania i podtrzymywania głębszych więzi z innymi ludźmi, skłonność do zachowań ryzykownych (Grabowska, Knopp i Paż, 2015, s. 95).

Terminologia i klasyfikacja zaburzeń zachowania

W literaturze termin „zaburzenie” jest stosowany głównie przez psychiatrów, psychologów, pedagogów czy socjologów, zazwyczaj w kontekście analizy problemów stwarzanych przez dzieci i młodzież w warunkach szkoły i różnorodnych instytucji wychowawczych (Urban, 2000, s. 16). Badający to zjawisko zaburzenie/zaburzenia zachowania określają jako odchylenie od

normy w zachowaniu się danego dziecka, przy czym przez normę rozumiane są zasady moralne, obyczaje i zwyczaje przyjęte w danym środowisku. Stopień odchylenia od tej normy świadczy o sile bądź zaawansowaniu zaburzenia (Konopnicki, 1964, s. 28). O zaburzeniu zachowania można mówić, gdy zachowanie nieadekwatne do sytuacji staje się regułą; dziecko w różnych sytuacjach prezentuje stały stereotyp zachowania (Karasowska, 2006, s. 6), a łamanie norm funkcjonowania społecznego staje się niezmiennym modelem zachowania, zwłaszcza jeśli towarzyszy temu element okrucieństwa. W przypadku młodszych dzieci (przed 10 rokiem życia) można mieć do czynienia z bójkami bądź agresywnymi zachowaniami wobec zwierząt, w późniejszym okresie (adolescencja) – z napaścią bezpośrednio zagrażającą życiu i zdrowiu innych ludzi (Domurat, 2016, s. 43).

W amerykańskiej klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych DSM-5 (2018) zaburzenie(-nia) zachowania zamieszczono w grupie wraz z zaburzeniami niszczycielskimi i zaburzeniami kontroli impulsów – uznano je wszystkie za stany, które wyróżniają się osłabieniem samokontroli emocji i zachowania. Prowadzą też one do pogwałcenia dóbr i praw innych ludzi i/lub powodują konflikty z normami społecznymi oraz osobami darzonymi powszechnym szacunkiem (Gałecki i in., 2018, s. 561). W grupie tej umieszczono również zaburzenie opozycyjno-buntownicze (ODD), okresowe zaburzenie eksplozywne oraz antyspołeczne zaburzenie osobowości.

Zaburzenie zachowania będące przewlekłym i powtarzającym się sposobem zachowania, naruszającym podstawowe prawa innych osób lub ustalone dla danej grupy wiekowej normy społeczne i zasady, powoduje istotne klinicznie upośledzenie funkcjonowania szkolnego i społecznego. Zakłada też występowanie co najmniej 3 spośród poniżej wymienionych objawów. Muszą się one utrzymywać w okresie 12 miesięcy, a co najmniej jeden z nich musi wystąpić w ciągu ostatnich 6 miesięcy. Objawy te to:

- agresja wobec ludzi i zwierząt: częste znęcanie się nad innymi, grożenie im i upokarzanie; częste inicjowanie bójek; używanie broni; okrutne zachowania wobec innych ludzi i wobec zwierząt; kradzieże w obecności ofiary; zmuszanie innych do czynności seksualnych;
- niszczenie własności: aktywne działania w celu wywołania pożarów (z zamiarem spowodowania poważnych szkód); celowe niszczenie cudzej własności;
- oszustwa i kradzieże: włamywanie się do cudzego mieszkania, samochodu; częste kłamstwa w celu osiągnięcia dóbr, korzyści lub w celu

uniknięcia wywiązania się z zobowiązań; kradzieże przedmiotów o znacznej wartości pod nieobecność ich właścicieli;

- poważne naruszanie zasad: późne powroty do domu przez osoby poniżej 13 roku życia, mimo zakazu rodziców; ucieczki z domu (rodzinnego bądź z domu rodziny zastępczej), które miały miejsce co najmniej raz, bez wracania przez dłuższy czas; częste wagarowanie przed 13 rokiem życia.

Zaburzenie zachowania może przybierać następujące postaci:

- z początkiem w dzieciństwie – charakterystyczne objawy występują przed 10 rokiem życia, często przebiega uporczywie i utrzymuje się do wieku dorosłego (zwykle występuje u osób płci męskiej, wiąże się z agresją wobec innych i nieprawidłowymi relacjami rówieśniczymi; często współwystępuje zaburzenie z deficytem uwagi i ADHD oraz inne problemy neurorozwojowe);
- z początkiem w wieku dorastania – objawy nie występują przed 10 rokiem życia (mniej zachowań agresywnych i lepsze relacje rówieśnicze niż u osób z początkiem zaburzeń w dzieciństwie; rzadziej trwa do wieku dorosłego);
- z początkiem nieokreślonym – spełnione są kryteria rozpoznania zaburzenia, natomiast brakuje informacji na temat momentu wystąpienia pierwszych objawów (Gałecki i in., 2018, s. 566–569).

Osoby z początkiem zaburzeń w dzieciństwie zaczynają wykazywać niewielkie problemy z zachowaniem już w okresie przedszkolnym i wczesnoszkolnym, przy czym z czasem podnosi się stopień ich ciężkości i częstotliwości. Wzrasta także prawdopodobieństwo, że problemy te będą występować w okresie dorastania i dorosłości. Dzieci o wczesnym początku zaburzeń zachowania cechuje między innymi niższy poziom inteligencji, istotnie wyższy poziom wskaźników ADHD, bardziej dysfunkcjonalne środowisko rodzinne, wyższe wskaźniki psychopatologii rodziców, konfliktów rodzinnych i dysfunkcjonalnych praktyk wychowawczych w rodzinie (Pastwa-Wojciechowska, 2019, s. 72). Z kolei grupa z początkiem zaburzeń zachowania w okresie adolescencji nie wykazuje znaczących problemów w dzieciństwie, a zachowania antyspołeczne czy przestępcze tych osób zwykle pozostają ograniczone do okresu dojrzewania.

Nie u każdego dziecka występują zaburzenia zachowania tego samego typu. Wyróżnia się różne ich rodzaje, wśród nich:

- zaburzenia ograniczone do występowania w środowisku rodzinnym – problemy występują wyłącznie w domu, najczęściej w rodzinach skonfliktowanych, nieudolnych wychowawczo, zaburzonych socjopatycznie i emocjonalnie;

- zaburzenia z nieprawidłową socjalizacją – problemom w domu towarzyszy nieprawidłowe budowanie relacji z innymi dziećmi, brak trwałych i pozytywnych interakcji z grupą;
- zaburzenia z prawidłową socjalizacją – dziecko przejawia zaburzenia zachowania, ale dobrze funkcjonuje wśród rówieśników; często natomiast ma złe relacje z dorosłymi autorytetami;
- zaburzenia opozycyjno-buntownicze – w ich przebiegu nie stwierdza się wyjątkowo nasilonych zachowań agresywnych; można stwierdzić natomiast zachowania negatywistyczne, nieposłuszne, wrogie w stosunku do autorytetów (ICD-10, 2008; Kołakowski, 2018).

„Zachowania trudne” to kolejny termin wymagający wyjaśnienia. Zdarza się bowiem często, że dzieci je przejawiające określane są błędnie jako te z zaburzeniami zachowania. Zachowaniem trudnym jest każde zachowanie, które przeszkadza w funkcjonowaniu społecznym samej osobie lub osobom ją otaczającym (Malott, Whaley i Malott, 1993). Określa się tak również zachowania definiowane jako nietypowe dla społeczeństwa, w którym występują, nieakceptowane ze względu na częstotliwość, intensywność lub czas trwania. Mogą one stanowić zagrożenie dla osoby, która je przejawia, lub dla osób z jej otoczenia. Są to także wszystkie zachowania poważnie ograniczające możliwość bycia wśród ludzi czy korzystania z dobrodziejstw świata społecznego (Emerson, 2001).

Monika Suchowierska-Stephany, Paweł Ostaszewski i Przemysław Bąbel (2016, s. 172), analizując pojęcie zachowań trudnych, zaznaczają, że określane są one różnymi nazwami: zachowania odbiegające od normy (ang. *aberrant behaviors*), zakłócające (ang. *disturbed*), nadmierne (ang. *excessive*), nieadaptacyjne (ang. *maladaptive*) czy problemowe (ang. *problem*). Przyjęto się, że terminy te są stosowane zamiennie, ale pojęcie zachowań trudnych (ang. *challenging behaviors*) wydaje się używane najczęściej.

Ewa Zarkowska i John Clements przedstawili wskaźniki, które mogą być pomocne w diagnozie zachowań trudnych. Wskazują oni, że zachowania te są w formie lub nasileniu nieodpowiednie do wieku i poziomu rozwoju, niebezpieczne dla osoby, która je przejawia, lub dla innych osób z jej otoczenia, stanowią znaczną przeszkodę, zakłócającą proces uczenia się nowych umiejętności lub wykluczającą daną osobę z procesu kształcenia, wywołują znaczny stres w życiu osób z otoczenia, pogarszają w widocznym stopniu ich satysfakcję, a także pozostają w opozycji do obowiązujących norm społecznych (Lew-Koralewicz, 2018, s. 56).

Trudne zachowania mają ukryte przyczyny, do których można zaliczyć:

- nieadekwatne ocenianie przez dziecko siebie i swoich zasobów. Samoocena może być zaniziona (dziecko nie docenia swoich możliwości i z tego powodu na przykład unika trudniejszych zadań, twierdząc: „nie umiem tego zrobić”) lub zawyżona (dziecko przecenia swoje możliwości, co może się przejawiać podejmowaniem trudnych zadań bez odpowiedniego przygotowania i wsparcia). Samoocena i poczucie własnej wartości mogą być też bardzo niestabilne, całkowicie zależne od sytuacji lub oceny innych;
- deprecjonowanie siebie. Dziecko źle traktuje swoją osobę, na przykład mówi o sobie: „jestem beznadziejny”; ponadto dziecko „używa siebie” do rozśmieszania innych (przykładowo wchodzi w rolę błazna klasowego), niszczy swoje prace czy własny wizerunek w oczach innych, przedstawia się w złym świetle;
- autoagresję, czyli niszczenie swojego zdrowia, ciała, na przykład poprzez okaleczanie, zatrucie (substancje psychoaktywne), zadawanie sobie bólu (na przykład uderzanie głową o ścianę), brak dbałości o siebie, niewłaściwe odżywianie się (bulimia i anoreksja). Do tego typu zachowań należy zaliczyć również próby samobójcze;
- obwinianie się. Dziecko nieadekwatnie przeżywa poczucie winy w sytuacjach, kiedy samo jest ofiarą, zostało przez kogoś skrzywdzone; bierze na siebie winę za rzeczy, których nie zrobiło, a także karze samego siebie (na przykład w sytuacji popełnienia błędu czy porażki wymyśla sobie, używając deprecjonujących określeń, bez przerwy rozważa, co zrobiło źle), co często przybiera formę autoagresji (Karasowska, 2018, s. 489).

Do najczęściej występujących zachowań trudnych zalicza się agresję i autoagresję. Głównymi przyczynami zachowań agresywnych są: czynniki biologiczne, środowisko szkolne i rodzinne, regresja norm i wartości społecznych poprzez zmiany ustrojowe, destruktywny wpływ środków masowego przekazu, bezstresowe wychowanie, życie w otoczeniu dotkniętym degradacją, agresja jako zachowanie wyuczone (Ramiaczek i Bębas, 2019, s. 44–45). Zachowania agresywne mogą być spowodowane również: nieobecnością ojca lub matki, brakiem zgodności między rodzicami, chorobą członka rodziny, agresją występującą wśród opiekunów, trudną sytuacją materialną, wrastaniem w wielodzietnej rodzinie (Kołodziejczyk, 2004, s. 10). U dzieci agresja uaktywnia się, gdy nie mogą osiągnąć zamierzonego celu. Na początku zachowania noszą znamiona nieszkodliwych i niezamierzonych działań, z czasem przekształcają się natomiast w zamierzony i świadomy cel.

Z kolei autoagresja jest zjawiskiem o złożonym charakterze, polega na atakowaniu, z różnych przyczyn, samego siebie, co oprócz fizycznych obrażeń powoduje również pogłębienie istniejących problemów psychicznych. Efektem autoagresji są rany. Okaleczanie ciała postrzegane jest często jako przejaw niepełnosprawności intelektualnej, zaburzenia psychicznego lub społecznego niedostosowania, ponieważ obserwuje się je wśród pacjentów oddziałów psychiatrycznych, młodzieży przebywającej w placówkach resocjalizacyjnych, pensjonariuszy ośrodków opieki i zakładów karnych (Ziółkowska i Wycisk, 2019, s. 100). Zachowania związane z autoagresją mogą mieć również charakter nabytych, spowodowanych chronicznym zapaleniem mózgu oraz uszkodzeniami mózgu przez szkodliwe substancje. Z możliwością samookaleczenia należy liczyć się też w zespołach depresyjnych i w przebiegu nagłych stanów podniecenia psychoruchowego, w chorobach psychicznych (na przykład schizofrenii). Samookaleczenia mogą świadczyć o problemach emocjonalnych (Kozak, 2007, s. 60). Do zachowań autoagresywnych najczęściej przejawianych przez dzieci należą: uderzanie głową, gryzienie własnego ciała, wrywanie sobie włosów, drapanie i szczypanie siebie oraz zjadanie rzeczy niejadalnych (MacLean i Symons, 2002).

Zachowania trudne nie są diagnostyczną jednostką psychiatryczną, jednak z powodu problemów, jakie za sobą pociągają, oraz stopnia uciążliwości dzieci, które je przejawiają, mają przypiętą łatkę „dzieci z zaburzeniami zachowania”.

Zaburzenia zachowania a osobowość antyspołeczna

Dzieci z zaburzeniami zachowania stanowią grupę szczególnie narażoną na wystąpienie antyspołecznego zaburzenia osobowości w wieku dorosłym. „Do predyktorów osobowości antyspołecznej (dysocjalnej), których należy szukać już w dzieciństwie, zalicza się między innymi: zaburzenia zachowania, ADHD, wysoki poziom agresji, trudności w nawiązywaniu lub brak kontaktów z rówieśnikami, kontakt z rówieśniczymi grupami przestępczymi” (Juszczak i Korzeniewski, 2016, s. 14).

Do czynników pozwalających przewidzieć, które dzieci z trwałym zaburzeniem zachowania zejść na drogę przestępstwa, należą również: większa częstotliwość aktów dewiacji w dzieciństwie, duża różnorodność problemów z zachowaniem w różnych środowiskach, współwystępowanie zaburzeń zachowania z takimi cechami, jak impulsywność i niedobór poznawczy (Seligman, 2006, s. 377).

Korelacja między zaburzeniami zachowania a osobowością antyspołeczną jest silniejsza w przypadku dzieci pochodzących z niższych klas społeczno-ekonomicznych (Lahey, Loeber, Burke i Applegate, 2005). Ponadto wystąpienie tych zaburzeń przed ukończeniem 15 roku życia stanowi kryterium diagnostyczne antyspołecznego zaburzenia osobowości. Zachowania antyspołeczne odnoszą się do sposobu postępowania, który odznacza się brakiem empatii oraz troski o dobro innych osób i ukierunkowany jest na wyrządzenie im krzywdy lub szkody (Clarke, 2005).

James N. Butcher, Robert C. Carson i Susan Mineka (2018), analizując wyniki badań w tym zakresie, stwierdzili, że tego rodzaju zaburzona osobowość rozwija się u około 25–40% dorosłych, u których dość wcześnie pojawiły się oznaki zaburzeń zachowania, a u ponad 80% chłopców z zaburzeniem zachowania zdiagnozowanym na wczesnym etapie w dalszym życiu utrzymują się liczne dysfunkcje społeczne (dotyczące przyjaźni, relacji intymnych, działań zawodowych).

Stan badań nad zagadnieniem zaburzeń zachowania (i emocji) u dzieci

Wyniki badań prowadzonych w omawianym zakresie (McMahon i Estes, 1997; Hadley, 2003; Wilk, 2014; Domurat, 2016) wskazują, że zaburzenia zachowania znajdują się wśród najczęściej występujących zaburzeń wieku dziecięcego, a ich rozpowszechnienie wynosi 2–9% populacji dzieci i młodzieży (Kendall, 2015; Seredyńska, 2016), ponadto częściej występują u chłopców niż u dziewcząt. Chłopcy nierzadko przejawiają agresję fizyczną, wdają się w bójki, dokonują aktów wandalizmu, kradzieży, natomiast dziewczęta skłonne są bardziej do tzw. agresji relacyjnej, przejawiającej się na przykład wykluczeniem innych z grupy społecznej i pomówieniami (Hadley, 2003), szykanowaniem i odrzuceniem, co trudniej zidentyfikować jako działanie pojedynczej osoby i objaw zaburzeń. Maciej Wilk (2014, s. 157) podkreśla z kolei, że zaburzenie(-nia) zachowania występuje(-ją) przede wszystkim u chłopców pochodzących z rodzin patologicznych, których rodzice często mają za sobą epizody przestępcze, cechują się osobowością aspołeczną, są dotknięci alkoholizmem lub narkomanią.

Martin E.P. Seligman i współpracownicy (2006), powołując się na badania naukowe (APA, 1994; Robins, 1991; Smith, 1998), również wskazuje na wyraźne zróżnicowanie płciowe zaburzeń zachowania – występują one trzy razy częściej u chłopców niż u dziewcząt (6–16% chłopców odpowiada kryteriom

diagnostycznym, a w przypadku dziewcząt jest to 2–9%). Seligman wskazuje także na różnice w zachowaniach obu płci. Dziewczęta rzadziej przejawiają agresję fizyczną, za to częściej kłamią i chodzą na wagary, uciekają z domów, używają substancji psychoaktywnych i prostytuują się.

Badania nad przyczynami zaburzeń zachowania wskazują z kolei, że bardzo często ich występowanie uwarunkowane jest interakcjami czynników genetycznych i środowiskowych. Wśród tych ostatnich warto zwrócić uwagę na przywiązanie jako proces tworzenia się relacji między dzieckiem a rodzicem/opiekunem. Różnorodne emocje powstające w wyniku braku lub utrudnionego właściwego kontaktu z rodzicem/opiekunem mogą sprawić, że przestaną one pełnić funkcję sygnalizacyjną i przybiorą formę symptomów świadczących o początkach procesów psychopatologicznych (Iniewicz, Wiśniewska, Dziekan i Czuszkiewicz, 2011, s. 704), uzewnętrzniających się we wszystkich środowiskach, w których funkcjonuje dziecko. W niektórych sytuacjach, zwłaszcza przy kumulacji niesprzyjających czynników biologicznych i społecznych, obserwuje się też trudności w nabywaniu kompetencji emocjonalnych w ogóle, a w obrazie funkcjonowania dziecka nieadekwatność zachowań społecznych ujawnia się jako wzorzec wykraczający poza zachowanie uznawane za normalne (Zawadzka, 2018).

Pisząc o czynnikach społecznych, w dużej mierze bierze się pod uwagę właśnie najbliższe otoczenie dziecka, jakim jest rodzina, w której się ono wychowuje. Wiele wyników badań przeprowadzonych do tej pory (Farrington, 1978; Hetherington i Martin, 1979; Loeber i Dishion, 1983; Loeber, 1990; Toupin, Dery, Pauze, Fortin i Mercier, 1997; Frick, 1998, za: Krauze-Sikorska, 2016) wskazuje, że deficyty otoczenia fizycznego i społecznego, problemy socjalne rodziny, niesprzyjające opiece nad dzieckiem, oraz brak optymalnych rozwiązań wychowawczych i tych z obszaru zapewniającego efektywne uczenie się we wczesnych okresach życia utrudniają zapewnienie poczucia bezpieczeństwa emocjonalnego czy nawiązywanie pozytywnych interakcji z innymi ludźmi, a także hamują indywidualnie warunkowaną aktywność i ciekawość świata (Krauze-Sikorska, 2016, s. 150). Szczególnie negatywny wpływ mają wszelkie dewiacje u rodziców, odrzucenie dziecka, brak kontroli jego zachowań, konflikty w małżeństwie i rozwody rodziców (Seredyńska, 2016, s. 25).

Zdaniem badaczy istnieje też bezpośredni związek między rodzajem temperamentu a zachowaniami agresywnymi czy buntowniczymi (Radochoński, 2000, s. 93). Rodzaj temperamentu może też sprzyjać stylowi przywiązania nacechowanemu brakiem poczucia bezpieczeństwa, gdyż rodzicom niełatwo

się wykazać dobrej jakości opieką rodzicielską, stwarzającą dziecku warunki do rozwoju bezpiecznego wzorca zachowania.

Metoda

Celem badań była ocena funkcjonowania dziecka z zaburzeniami zachowania i emocji w środowisku domowym, szkolnym i pozaszkolnym, a także wskazanie działań podejmowanych w celu eliminowania lub osłabienia zachowań agresywnych i trudnych.

Metodą wiodącą w badaniach była metoda indywidualnego przypadku. Jako metody uzupełniające wykorzystano metodę dialogową oraz analizę dokumentów. Posłużono się techniką obserwacji bezpośredniej, uczestniczącej, indywidualnej, którą przeprowadzono dwukrotnie i miała na celu głównie dostarczenie informacji na temat zachowań trudnych przejawianych przez dziecko. Zastosowano również technikę analizy treściowej dokumentów pisanych, którymi były zgromadzone przez rodziców i wykorzystane za ich zgodą opinie (psychologiczno-pedagogiczne, nauczyciela, specjalistyczne), orzeczenia (lekarские i z poradni psychologiczno-pedagogicznych) oraz zaświadczenia lekarskie.

W badaniach wykorzystano także technikę rozmowy indywidualnej, bezpośredniej, ustrukturalizowanej, którą przeprowadzono z rodzicami chłopca (w ramach metody dialogowej), dotyczącą jego rozwoju psychomotorycznego i trudności zaobserwowanych w tym zakresie przez rodziców.

Podczas badań, w celu oceny przetwarzania bodźców sensorycznych, wykorzystano również:

- Kwestionariusz Rozwoju Sensomotorycznego Dziecka autorstwa Zbigniewa Przyrowskiego (2005), zawierający pytania dotyczące rozwoju i zachowania w aspekcie poszczególnych systemów sensorycznych, między innymi przedsionkowego, proprioceptywnego, dotykowego;
- Kwestionariusz Sensomotoryczny opracowany przez Małgorzatę Kargę na podstawie prac Toni W. Linder, Pat Willbarger, Lynn A. Balzer-Martin i Elizabeth Morgan, stanowiący uzupełnienie informacji o przebiegu rozwoju sensorycznego chłopca w zakresie przetwarzania bodźców słuchowych, wzrokowych, smakowych oraz jego zachowania, które mogło wynikać z zaburzeń modulacji w tych systemach, tzw. nadreaktywności sensorycznej;
- Kwestionariusz Obserwacji Klinicznej opracowany i standaryzowany przez Zbigniewa Przyrowskiego (2015). Zadania testowe ujęte w narzędziu

badają między innymi lateralizację, ruchy gałek ocznych, poziom wygaszenia odruchów ATOS¹ i STOS², stabilizację centralną, zdolność utrzymania równowagi, potencjalne występowanie lęku grawitacyjnego, napięcie mięśni;

- Kwestionariusz Południowokalifornijskich Testów Integracji Sensorycznej (Ayres, 2016), oceniający między innymi różne aspekty percepcji dotykowej, praksi posturalnych związanych z mechanizmami planowania motorycznego i integracją obu stron ciała, proces lateralizacji oraz zdolność do szybkiego i właściwego różnicowania stron ciała przez badanego.

Badania przeprowadzono w okresie od października 2019 do lutego 2020 roku i objęto nimi 11-letniego chłopca, u którego zdiagnozowano zaburzenia zachowania i emocji (diagnoza medyczna).

Charakterystyka dziecka

Fryderyk³ w chwili badania miał 11 lat, jest dzieckiem urodzonym z ciąży o prawidłowym przebiegu. Matka w chwili porodu miała 37 lat. Z uzyskanych w czasie rozmowy z ojcem informacji wynikało, że choruje ona na stwardnienie rozsiane i obecnie opiekę nad chłopcem w większości sprawuje jego starsza, pełnoletnia siostra. W związku z sytuacją domową oraz problemami, jakie stwarza on w szkole, rodzinie przyznano asystenta oraz kuratora.

Na przełomie stycznia i lutego 2019 roku Fryderyk przebywał w szpitalu psychiatrycznym, do którego został zabrany karetką pogotowia bezpośrednio ze szkoły. Przyczyną były przejawiane przez chłopca bardzo agresywne zachowania w stosunku do nauczycieli i innych dzieci oraz próba ucieczki z placówki. Należy wspomnieć, że w czasie hospitalizacji jego zachowanie było poprawne. Korzystał z przepustek, podczas których oddawał się swojej pasji, jaką była hodowla gołębi.

Chłopiec jest agresywny, impulsywny, nieprzewidywalny w zachowaniu. Zdarzają mu się częste ucieczki ze szkoły, ma tendencję do stosowania przemocy, zadawania bólu z premedytacją. Jest cwany, umiejętnie manipuluje otoczeniem. Wpada w amok, nie kontroluje zachowania ani emocji, przejawia

¹ Asymetryczny toniczny odruch szyjny.

² Symetryczny toniczny odruch szyjny.

³ Na potrzeby badań imię dziecka zostało zmienione.

zachowania agresywne i autoagresywne. Po wybuchu trudno mu się wyciszyć i kontakt z nim jest utrudniony. Opisane zachowania pojawiają się przede wszystkim wtedy, gdy słyszy odmowę. Z jego strony zdarzały się groźby, że zrobi sobie krzywdę – podetnie żyły, rzuci się pod nadjeżdżający samochód – jeśli nie zostaną spełnione jego oczekiwania. Chłopiec przejawia również trudności w dostosowaniu się do norm społecznych, nie umie przegrywać, kłamie, nie ma świadomości zagrożeń i ich skutków. W czasie rozmowy ojciec przyznał również, że gdy Fryderyk był młodszy i przejawiał nieprawidłowe zachowania, nie wyciągano wobec niego żadnych konsekwencji, a w domu nie panowały żadne zasady. Potwierdził także, że w związku z chorobą żony i jego nieobecnością (pobyty za granicą) chłopcem najczęściej zajmowała się jego starsza siostra.

Z dostarczonej przez ojca opinii ze szkoły (analiza dokumentacji) wynika natomiast, że nauczyciele w szkole nie radzą sobie z zachowaniami chłopca i z trudem realizują z nim założenia programowe oraz zajęcia w ramach pomocy psychologiczno-pedagogicznej. W czasie lekcji bardzo często odmawia on wykonywania poleceń i zadań, rozrzuca po klasie przybory, zachowuje się agresywnie w stosunku do kolegów, ubliża im. W czasie rozmowy ojciec stwierdził, że nauczycielom trudno zmienić sposób postępowania z dzieckiem, mimo zdiagnozowanego u niego zaburzenia. Do tej pory odwoływali się jedynie do nakazów i zakazów, nie próbowali wprowadzić metody behawioralnej, choć ta była sugerowana. Sposobem reakcji w chwilach eskalacji zachowań zazwyczaj jest telefon do któregoś z rodziców – z prośbą, by odebrali Fryderyka ze szkoły (co on w pewnym sensie traktuje jako nagrodę, gdyż w domu może się oddać swojej pasji, jaką jest wspomniana hodowla gołębi). Rodzice po takich incydentach też nie wyciągali wobec niego żadnych konsekwencji.

W szkole Fryderyk czuje się nierozumiany. W opinii ojca inne dzieci mu dokuczają. Sposobem chłopca na wyciszenie się jest ucieczka z lekcji do szatni. Z obawy, że może stwarzać realne zagrożenie dla siebie i innych, nie jest on również zabierany na wycieczki, nie uczestniczy aktywnie w życiu szkoły.

Zachowania chłopca poskutkowały objęciem go nauczaniem indywidualnym, realizowanym w miejscu zamieszkania. Początkowo Fryderyk zachowywał się poprawnie, jednak z czasem w trakcie zajęć w domu pojawiły się te same zachowania co w szkole. Nauczyciele czuli się zagrożeni i obawiali się przychodzenia do jego domu. Również rodzice coraz gorzej radzili sobie z synem. Wręcz poprosili kuratora, by ten umieścił go w stosownym ośrodku. W międzyczasie, w trakcie jednej z wizyt kontrolnych, asystentka została przez

chłopca uderzona, czego skutkiem było skierowanie go do Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii (MOS).

Z późniejszych rozmów z kuratorem wynika, że tam również nie radzono sobie z zachowaniem Fryderyka. Podczas pobytu w ośrodku chłopiec był dwukrotnie przewożony do szpitala psychiatrycznego, jednak za każdym razem odmawiano jego hospitalizacji z powodu braku miejsc na oddziale.

Chłopiec zażywa leki przepisane przez psychiatrę, które miały mu pomóc w opanowaniu zachowań agresywnych. Jest pod opieką psychiatry, neurologa, psychologa szkolnego, okulisty (z powodu wady wzroku – astygmatyzmu) oraz laryngologa.

Diagnoza dziecka

Na podstawie analizy treściowej dokumentów (zaświadczenia od lekarzy specjalistów, opinie psychologa, nauczyciela) stwierdzono wykonanie u chłopca licznych badań specjalistycznych, między innymi EEG (w czuwaniu), którego zapis był w granicach normy wiekowej. Badanie neurologiczne wykazało mały obwód głowy i dysmorfie. Napięcie mięśniowe i odruchy w normie, oponowo i mózdkowo ujemne (zaświadczenie wystawione przez neurologa).

Informacje zawarte w udostępnionych opiniach specjalistycznych (ze szpitala psychiatrycznego) jasno wskazują, że Fryderyk nie potrafi rzeczowo odnieść się do przyczyn swojego zachowania oraz nie jest w stanie go kontrolować w chwili zdenerwowania lub strachu. Na podstawie badań psychiatrycznych u Fryderyka zdiagnozowano zaburzenia zachowania i emocji oraz cytomegalie wrodzoną (F92.8)⁴.

Badania psychologiczne przeprowadzone z wykorzystaniem Skali Inteligencji Stanford-Binet 5 wykazały poziom inteligencji niższy niż przeciętny oraz harmonijny profil rozwoju poszczególnych funkcji. Z kolei wyniki Testu Pamięci Wzrokowej Bentona świadczą o upośledzonej zdolności przechowywania w pamięci spostrzeżeń wzrokowych.

Z opinii psychologa z poradni psychologiczno-pedagogicznej wynika, że chłopiec nie podporządkowuje się ustalonym regułom, niechętnie współpracuje,

⁴ Wrodzone zakażenie wirusem cytomegalii należy do najczęstszych zakażeń wewnątrzmacicznych i dotyczy 0,3–2,5% żywo urodzonych noworodków. Do typowych objawów należą: opóźnienie rozwoju wewnątrzmacicznego, małogłowie, zwapnienia wewnątrzczaszkowe, żółtaczką, hepatosplenomegalia, osutka krwotoczna lub drobne wybroczyny oraz zapalenie siatkówki i naczyńówki (Sobolewska-Pilarczyk, Rajewski i Rajewski, 2016, s. 311).

buntuje się, zamyka w sobie, a jego kontakt z otoczeniem i reakcje emocjonalne nie są adekwatne do wieku i poziomu rozwoju. Zachowania Fryderyka mogą stanowić zagrożenie dla niego samego oraz innych osób, w związku z częstym przejawianiem agresji fizycznej i słownej, zwłaszcza w sytuacjach wzburzenia. Ponadto usiłuje on wymuszać na innych oczekiwane zachowania, koncentruje się na sobie i własnych potrzebach, bez respektowania obowiązujących norm. Według psychologa choć rodzina stara się objąć dziecko wsparciem i pomocą specjalistyczną, to jednak skuteczność tych działań jest niewielka.

Obraz zachowań Fryderyka dał się poznać w czasie diagnozy zaburzeń przetwarzania sensorycznego przeprowadzonej przez jedną z autorek tekstu (certyfikowaną diagnostę i terapeutę SI).

Na podstawie oceny funkcjonowania sensorycznego chłopca – dokonanej w trakcie obserwacji bezpośredniej oraz po przeprowadzeniu diagnozy przetwarzania bodźców sensorycznych⁵ – ustalono, że Fryderyk rzadko się przytula, nie lubi obcinania paznokci, czesania włosów, suszenia ich. Czuje obrzydzenie, gdy musi się wytrzeć po skorzystaniu z toalety. Chłopiec nie jada potraw o mazistej/papkowatej konsystencji. Przyznał, że nie lubi zabaw w piasku, masach sensorycznych czy malowania farbami palcem. W ubraniach drażnią go metki, gumki, guziki. Nadmiernie reaguje, gdy zostanie niespodziewanie przez kogoś dotknięty – bywa wtedy agresywny, popycha i szturcha inne dzieci. U Fryderyka obecne są cechy wybiórczości pokarmowej, bez odruchu wymiotnego. W czasie diagnozy nie ujawniał obronności dotykowej, pozwalał się masować przedmiotami o różnej fakturze. Pozwolił kremować sobie rękę do masażu, bawił się w różnicowanym materiale sensorycznym. Zachowania te mogłyby wskazywać na nieprawidłowości w systemie dotykowym o cechach nadreaktywności sensorycznej. Zróżnicowane reakcje mogą mieć kontekst sytuacyjny i wynikać z poziomu pobudzenia chłopca – gdy jest spokojny, nie przeszkadzają mu bodźce dotykowe, jeśli natomiast jest wzburzony, wszystko odbiera intensywniej, reaguje niewspółmierne do siły bodźca. W czasie diagnozy stwierdzono również, że Fryderyk lubi intensywne zabawy, wirowanie, kręcenie, jednak protestuje przy ruchach w tył. Łatwo traci równowagę, ma trudności z koordynacją ruchową i unika zabaw, które ich wymagają. Wydaje się zbyt sztywny, napięty. Ma trudności z zabawami manualnymi, motoryką

⁵ Z wykorzystaniem kwestionariuszy i testów przetwarzania sensorycznego (Kwestionariusz Rozwoju Sensomotorycznego Dziecka; Kwestionariusz Sensomotoryczny; Kwestionariusz Obserwacji Klinicznej; Kwestionariusz Południowokalifornijskich Testów Integracji Sensorycznej).

małą i dużą, poczuciem własnej siły. Obserwowane zachowania mogą wskazywać na nieprawidłowości w systemie przedsionkowym i proprioceptywnym.

Zauważono ponadto, że Fryderyka drażni ostre światło i preferuje raczej miejsca zacienione. Przeprowadzone badanie ruchów gałek ocznych pozwoliło na stwierdzenie, że ma on trudności z utrzymaniem wzroku na przedmiocie oraz podążaniu za nim wzrokiem. Pojawiły się tzw. ślizgi, czyli wyprzedzanie i gubienie śledzonego wzrokiem przedmiotu. Trudności zaobserwowano również podczas szybkiej jego lokalizacji. Zwrócono uwagę na niewielkie problemy w separacji ruchów gałek ocznych od ruchów głowy, przy prawidłowej konwergencji (zbieżności gałek ocznych do środka). Odzwierciedla się to w trudnościach obserwowanych podczas przepisywania przez chłopca tekstów z tablicy, gubieniu wersów w czytanych tekstach, niezrozumieniu zapisanych instrukcji, odwracaniu podobnych liter i cyfr, myleniu podobnie wyglądających wyrazów.

Podsumowując, można stwierdzić, że u Fryderyka obecne są ogólne zaburzenia modulacji procesów sensorycznych (tzw. nadreaktywność sensoryczna, szczególnie silna w układzie dotykowym. Jej cechy widoczne są również w układzie przedsionkowym oraz wzrokowym). Ponadto w podejmowanych przez niego czynnościach/aktywnościach nie zawsze obserwowano adekwatne napięcie mięśniowe. Zakłócona praca ruchów oczu może powodować występujące u niego trudności szkolne.

Tłumacząc zachowania chłopca przez pryzmat zaburzeń przetwarzania sensorycznego, należy zaznaczyć, że nadreaktywność w odbiorze wrażeń sprawia, że układ nerwowy interpretuje je jako mocniejsze niż są faktycznie, co czasami prowadzi do „przeładowania” sensorycznego. Zaburzenia modulacji w pierwszej kolejności wywierają znaczący wpływ na sferę społeczno-emocjonalną dziecka. Mogą powodować trudności w skupieniu uwagi, rozdrażnienie, pobudzenie, reakcje nieadekwatne do bodźca czy nawet zachowania agresywne. Dzieci z zaburzeniami modulacji często są bardzo aktywne (*nadruchliwe*), impulsywne, rozkojarzone, labilne emocjonalnie, trudno im się wyciszyć. Opisane zachowania powodują, że funkcjonowanie w środowisku szkolnym czy domowym może być utrudnione. Konieczność dostosowania się do poleceń, bycia skupionym i wyciszonym – czyli zachowania, z którymi Fryderyk ma problem – może rodzić frustrację, a ta z kolei przeradza się w agresję.

Działania pomocowe – eliminowanie i wycofywanie zachowań agresywnych i trudnych

Indywidualne spotkania z chłopcem, odbywające się raz w tygodniu, miały na celu przede wszystkim eliminowanie/osłabienie występujących u niego zachowań agresywnych i trudnych. Podczas ich trwania wnikliwie obserwowano reakcje i zachowania dziecka oraz starano się do nich dostosować jak najbardziej skuteczne środki pomocowe.

Aby poprawić funkcjonowanie sensoryczne Fryderyka, zastosowano techniki wyciszające, pomagające dziecku w regulacji stanu pobudzenia. W celu odwrażliwienia układu dotykowego wykonywano masaże materiałami o różnej fakturze czy masażerami elektrycznymi. Doskonalono umiejętność różnicowania bodźców dotykowych poza kontrolą wzrokową (rozpoznawanie za pomocą dotyku kształtu przedmiotów, ich faktur, szukanie takich samych elementów, rozpoznawanie i rysowanie w materiale sensorycznym kształtów, które terapeuta narysował mu na dłoni czy na plecach itp.). Skupiono się na rozwijaniu manipulacji, motoryki małej i dużej, wzmacnianiu napięcia mięśniowego. Wdrożono aktywności normujące pracę układu przedsionkowego oraz proprioceptywnego. Obejmowały one działania, które łączyły w sobie aktywności zarówno z jednego, jak i z drugiego systemu. Wykorzystywano podczas nich huśtawki typu „platformy” (mała, duża), „grzybek”, „dysk”, „konik”, na których chłopiec kołysał się w pozycji czworaczkiej, na stojąco, na kłęczkach, przy jednoczesnych próbach utrzymania równowagi. Inne zadania polegały na przykład na przetaczaniu się na materacu wraz z przenoszeniem elementów z jednego jego końca na drugi, przetaczaniu w „beczce”, skokach na trampolinie z jednoczesnym wykonywaniem obrotów. Normalizacja układu proprioceptywnego obejmowała z kolei na przykład ślizgi na kocyku, przenoszenie stopami za głowę woreczków wypełnionych materiałem sensorycznym, odpychanie stopami worka treningowego, przeciąganie liny, jazdę na deskorolce w różnych pozycjach i kierunkach (poprzez odpychanie się dłońmi lub przyciąganie jej stopami). Pojawiły się też kontrolowane zabawy z terapeutą w przepychanie czy mocowanie. Stosowano również kołdrę obciążeniową, masaże z dociskami z wykorzystaniem wałków, masażerów i piłeczek o różnych fakturach.

Sukcesywnie, podczas kolejnych spotkań można było zauważyć, że chłopiec potrafi efektywnie pracować i dostosować się do stawianych mu wymagań, jeśli jasno i konkretnie zostaną mu postawione granice oraz ustalone zasady, a jego

poprawne zachowanie jest wzmacniane. Można było odnieść wrażenie, że wyuczonym sposobem Fryderyka na uzyskanie tego, co chce, jest „wchodzenie” w zachowania niepożądane. Jednak jeśli się im nie ulega, chłopiec „poddaje się” i dostosowuje do nowej sytuacji. Można domniemywać, że wiele jego trudnych zachowań jest wyuczonych – w dużej mierze dlatego, że osoby z najbliższego otoczenia chłopca nie reagowały na nie, z obawy przed ich eskalacją.

W ramach działań pomocowych spotykano się również z rodzicami chłopca, instruowano ich, jakie podjąć kroki w pracy nad eliminowaniem niepożądanych zachowań Fryderyka. Odwołano się tutaj do metody behawioralnej, uznanej za najbardziej skuteczną w terapii zachowań trudnych (agresywnych, autoagresywnych). Wspólnie ustalono zasady, konsekwencje oraz wzmocnienia (nagrody) za prawidłowe zachowanie. Rodziców uświadomiono również, że sami muszą być konsekwentni i stanowczy w stosowaniu uzgodnionych zasad, ponieważ każde od nich odstępstwo i uleganie zachowaniom chłopca będzie je tylko wzmacniało.

Metodę behawioralną wykorzystywano również w pracy gabinetowej z chłopcem. Wprowadzono też elementy psychoedukacji i dramy. W czasie inscenizowanych sytuacji uczono Fryderyka zachowań zgodnych z przyjętymi normami społecznymi, rozpoznawania emocji, nazywania ich, radzenia sobie z nimi w sposób akceptowany społecznie. Skupiono się przede wszystkim na opanowaniu agresji i autoagresji oraz uczeniu rozładowywania ich w sposób nieszkodliwy dla otoczenia i samego dziecka. Wykorzystywano także elementy arteterapii i bajkoterapii. Fryderyk bardzo chętnie uczestniczył w zajęciach oraz w proponowanych aktywnościach. Można przypuszczać, że wynikało to również z tego, że miał zorganizowany czas, był doceniany, chwalony, a terapeuta poświęcał uwagę tylko jemu.

W czasie spotkania z kuratorem chłopca zasugerowano, aby w szkole, w miarę możliwości, wygospodarować dla niego miejsce, tzw. *kącik ciszy*, w którym będzie mógł się wyciszyć w chwilach nadmiernego pobudzenia. Poproszono, by nauczyciele wspólnie ustalili jasne i konkretne zasady, konsekwentnie egzekwowane przez nich wszystkich, na każdej lekcji. Zwrócono uwagę na potrzebę formułowania krótkich i jasnych poleceń oraz sprawdzania ich zrozumienia przez Fryderyka. Wskazano, aby przydzielane mu zadania były rozkładane na etapy. Zaproponowano również, żeby chłopiec w czasie lekcji przebywał w pobliżu nauczyciela, by ten mógł od razu reagować na jego niewłaściwe zachowania i w miarę możliwości przekierowywać uwagę chłopca, gdy zauważy już pierwsze ich symptomy. Jednak najważniejszym wskazaniem było zwrócenie

uwagi na potrzebę chwaleń dziecka za wysiłki, starania, docenianie tego, co zrobił, a także dostrzeganie tego, czego nie zrobił – na przykład opanował się i nie uciekł z sali lekcyjnej.

Trudno uznać, że w ciągu kilku miesięcy (czas badania/obserwacji dziecka), mimo wielu podjętych działań, nastąpiły spektakularne zmiany w zachowaniu chłopca. Aby mogły one zaistnieć, konieczna jest współpraca z rodzicami, nauczycielami, pracownikiem socjalnym, kuratorem i terapeutami oraz stworzenie jednego frontu działań. Niestety ze strony rodziców i nauczycieli padały tylko deklaracje współpracy, nieniosące za sobą żadnych konkretnych działań. Rodzice zabiegali o oddanie chłopca do ośrodka, natomiast nauczyciele się go bali.

Z powodu niekontrolowanych i agresywnych zachowań nakierowanych na innych chłopiec został oddany do ośrodka.

Konkluzja

Na podstawie analizy udostępnionej dokumentacji, informacji uzyskanych w czasie rozmowy i obserwacji oraz zważywszy na zachowania chłopca w czasie odbytych z nim spotkań należy stwierdzić, że może on stwarzać realne zagrożenie zarówno dla siebie, swojego zdrowia i życia, jak i dla innych osób – członków rodziny, rówieśników i nauczycieli. Zgromadzone dane pozwalają sformułować przypuszczenie, że w przyszłości może on wykazywać cechy osobowości antyspołecznej, gdyż przejawia zachowania mogące go do niej predestynować, między innymi: agresywność, nadpobudliwość, impulsywność, trudności z koncentracją i skłonność do podejmowania czynów ryzykownych, niski poziom inteligencji oraz osiąganie słabych wyników w nauce (Marczak, 2008, s. 192). Ponadto należy zwrócić uwagę na występowanie u Fryderyka ograniczonego rozumienia norm społecznych, brak wyrzutów sumienia czy poczucia winy, brak empatii, lekceważenie skutków złego funkcjonowania oraz powierzchowne, niedostateczne wyrażanie emocji i niską samokontrolę.

Również analizując zachowanie chłopca przez pryzmat sytuacji rodzinnej, nie sposób nie zgodzić się z poglądami Mieczysława Radochońskiego (1999, s. 155), który sugeruje, że „patogenne cechy rodziny, a głównie brak umiejętności wychowawczych rodziców, zaniedbywanie dziecka, brak dyscypliny, zaburzenia komunikacji, wewnętrzne rozbieżności i brak zdolności adaptacyjnych rodziny stanowią pierwotne czynniki ryzyka dla przestępców o cechach osobowości aspołecznej”. Rodzina chłopca przejawia bowiem przytoczone cechy, co rodzi dodatkowy niepokój o jego przyszłość.

Na podstawie opisanego przypadku można jednoznacznie stwierdzić, że funkcjonowanie dziecka z zaburzeniami zachowania i emocji w środowisku domowym, szkolnym i społecznym jest bardzo trudne, a jeszcze więcej problemów przysparza praca z nim. Jedno jest pewne – bezwzględnie wymaga ono ukierunkowanej, systematycznej pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz ścisłej współpracy z instytucjami socjalnymi i specjalistami, którzy sprawują nad nim pieczę. Konieczne wobec powyższego jest zatem współdziałanie środowiska domowego ze szkołą, pracownikiem socjalnym z ośrodka pomocy społecznej i/lub kuratorem sądowym. Potencjalne konflikty między poszczególnymi instytucjami lub brak spójności w działaniu mogą sprzyjać nasileniu niekorzystnych zachowań u dziecka.

Również szkoły i pracujący w nich nauczyciele nie są odpowiednio przygotowani do pracy z dziećmi przejawiającymi zaburzenia zachowania i emocji. Stąd należy wnioskować, że programy podejmowanych przez nich kierunków studiów powinny być wzbogacone o przedmioty z zakresu między innymi psychopatologii, podstaw psychiatrii, patologii społecznej, które dostarczą im podstawowej wiedzy na temat różnorodnych zaburzeń dziecięcych oraz sposobów i metod pracy z dziećmi z zaburzeniami zachowania. Jest to istotne zwłaszcza w obecnych czasach, ponieważ przypadków różnorodnych zaburzeń u dzieci jest coraz więcej, a uczniów z zaburzeniami zachowania można spotkać w niejednym zespole klasowym.

Bibliografia

- Ayres, J.A. (2016). *Południowokaliifornijskie Testy Integracji Sensorycznej*. Kraków: Polskie Stowarzyszenie Terapeutów Integracji Sensorycznej.
- Butcher, J.N., Hooley, J.M. i Mineka, S. (2018). *Psychologia zaburzeń*, tłum. W. Dietrich i in. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Clarke, D. (2005). *Zachowania prospołeczne i antyspołeczne*, tłum. M. Bianga. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Domurat, M. (2016). *Zaburzenia zachowania*. W: M. Jerzak (red.), *Zaburzenia psychiczne i rozwojowe u dzieci a szkolna rzeczywistość* (s. 41–55). Warszawa: PWN.
- Emerson, E. (2001). *Challenging Behaviour: Analysis and Intervention in People with Severe Intellectual Disabilities*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gatecki, P., Pilecki, M., Rymaszewska, J., Szulc, A., Sidorowicz, S. i Wciórka, J. (red.) (2018). *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5*. Wrocław: Edra Urban & Partner.

- Grabowska, A., Knopp, K.A. i Paż, M. (2015). Integracja – Empatia – Komunikacja: Program treningu kompetencji społecznych dla dzieci. *Kwartalnik Naukowy*, 1(21), 94–116.
- Hadley, M. (2003). Relational, Indirect, Adaptive, or Just Mean: Recent Work on Aggression in Adolescent Girls – Part I. *Studies in Gender and Sexuality*, 4, 367–394.
- ICD-10 (2008). *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziewiąta*, t. 1. Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.
- Iniewicz, G., Wiśniewska, D., Dziekan, K. i Czuszkiewicz, A. (2011). Wzory przywiązania i zachowania agresywne wśród młodzieży z diagnozą zaburzeń zachowania i emocji. *Psychiatria Polska*, 45, 5, 701–711.
- Juszczak, D. i Korzeniewski, K. (2016). Analiza wybranych czynników psychospołecznych i psychopatologicznych u sprawców przestępstw seksualnych z trwałymi anomaliami osobowości. *Seksuologia Polska*, 14(1), 13–18.
- Karasowska, A. (2006). *Jak wychowywać i uczyć dzieci z zaburzeniami zachowania*. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Karasowska, A. (2018). Zaburzenia zachowania jako skutek urazów psychicznych doznanych przez dziecko. W: A. Kołakowski (red.), *Zaburzenia zachowania u dzieci. Teoria i praktyka* (s. 483–515). Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kendall, P.C. (2015). *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji. Techniki terapeutyczne dla profesjonalistów i rodziców*, tłum. J. Kowalczevska. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kołakowski, A. (2018). Diagnoza zaburzeń zachowania. W: A. Kołakowski (red.), *Zaburzenia zachowania u dzieci. Teoria i praktyka* (s. 152–192). Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kołakowski, A. i Pisula, A. (2016). *Sposób na trudne dziecko. Przyjazna terapia behawioralna*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kołodziejczyk, A. (2004). *Agresja i przemoc w szkole. Konstruowanie programu przeciwdziałania agresji i przemocy w szkole*. Kraków: Sophia.
- Konopnicki, J. (1964). *Zaburzenia w zachowaniu się dzieci i środowisko*. Warszawa: PWN.
- Kozak, S. (2007). *Patologie wśród dzieci i młodzieży. Leczenie i profilaktyka*. Warszawa: Difin.
- Krauze-Sikorska, H. (2016). Determinanty indywidualne i środowiskowe jako źródła układu ryzyka opóźnień i zaburzeń w rozwoju małego dziecka. W: H. Krauze-Sikorska, K. Kuszak, G. Rura i K. Sadowska, *Dziecko do lat trzech w systemie opieki i edukacji. Źródła wsparcia i zagrożenia* (s. 131–152). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Lahey, B., Loeber, R., Burke, J. i Applegate, B. (2005). Predicting Future Antisocial Personality Disorder in Males from a Clinical Assessment in Childhood. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 73(3), 389–399.

- Lew-Koralewicz, A. (2018). Zachowania trudne a satysfakcja z życia matek dzieci i młodzieży w niepełnosprawności. *Niepełnosprawność – Zagadnienia, Problemy, Rozwiązania*, 2(27), 54–65.
- MacLean, W.E. i Symons, F. (2002). Self-Injurious Behavior in Infancy and Young Childhood. *Infants and Young Children*, 4, 31–41.
- Malott, R.W., Whaley, D.L. i Malott, M.E. (1993). *Elementary Principles of Behavior*. New Jersey: Prentice Hall.
- Marczak, M. (2008). Przystępczość kobiet w perspektywie teorii drogi życiowej. W: M. Konopczyński i B.M. Nowak (red.), *Resocjalizacja – ciągłość i zmiana* (s. 189–201). Warszawa: Pedagogium.
- McMahon, R.J. i Estes, A.M. (1997). Conduct problems. W: E.J. Mash i L.G. Terdal (red.), *Assessment of Childhood Disorders* (s. 130–193). New York: Guilford Press.
- Pastwa-Wojciechowska, B. (2019). *Psychopaci. Sprawcy przestępstw seksualnych*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Przyrowski, Z. (2005). *Kwestionariusz rozwoju sensomotorycznego*. Warszawa: Empis.
- Przyrowski, Z. (2015). *Kliniczna obserwacja. Podręcznik*. Warszawa: Empis.
- Radochoński, M. (1999). Systemowa charakterystyka środowiska rodzinnego wielokrotnych sprawców czynów przestępczych. *Roczniki Socjologii Rodziny*, 11, 155–173.
- Radochoński, M. (2000). *Osobowość antyspoleczna. Geneza, rozwój i obraz kliniczny*. Rzeszów: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej.
- Ramiączek, P. i Bębas, P. (2019). Wybrane patologie społeczne i ich wpływ na bezpieczeństwo i życie człowieka. W: P. Ramiączek i M. Gajdowska (red.), *Współczesne wyzwania bezpieczeństwa wewnętrznego* (s. 41–62). Kielce–Tarnobrzeg: Wydawnictwo Stowarzyszenia Współpracy Polska-Wschód Oddział Świętokrzyski.
- Seligman, M.E.P., Walker, E.F. i Rosenhan, D.L. (2006). *Psychopatologia*, tłum. J. Gilewicz i A. Wojciechowski. Poznań: Zysk i Spółka.
- Seredyńska, A. (2016). *Od zaburzeń zachowania do zaburzeń osobowości*. Kraków: Akademia Ignatianum–Wydawnictwo WAM.
- Sobolewska-Pilarczyk, M., Rajewski, P. i Rajewski, P. (2016). Cytomegalia wrodzona – aktualne zalecenia dotyczące diagnostyki i terapii. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 10(6), 309–313.
- Suchowierska-Stephany, M., Ostaszewski, P. i Bąbel, P. (2016). *Analiza zachowania. Vademecum*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Urban, B. (2000). *Zaburzenia w zachowaniu i przestępczość młodzieży*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Wilk, M. (2014). *Diagnoza w socjoterapii*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Zawadzka, E. (2018). Zachowania o charakterze destrukcyjnym w okresie średniego dzieciństwa: norma czy patologia? *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*, 31(3), 231–245.
- Ziółkowska, B. i Wycisk, J. (2019). *Autodestruktywność dzieci i młodzieży*. Warszawa: Difin.