

BARBARA CYGAN

Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

ORCID – 0000-0002-7956-3230

ZABURZENIA ZACHOWANIA U DZIECI I ICH OSOBOWOŚCIOWE KONSEKWENCJE

Wprowadzenie: Celem artykułu było przybliżenie złożonego problemu zaburzeń zachowania i osobowości antyspołecznej. W praktyce pedagogicznej bardzo często w ujęciu potocznym każde nieprawidłowe zachowanie dziecka/adolescenta jest nazywane „zaburzonym zachowaniem”, co jest sprzeczne z obowiązującą, naukową terminologią. Nie każde nieprawidłowe zachowanie jest bowiem zaburzeniem zachowania. Wskaźniki ujęte w psychiatrii dzieci i młodzieży jasno określają, kiedy możemy mówić o zaburzeniach zachowania, oraz wskazują, jakie konsekwencje mogą za sobą nieść, gdy nie zostaną wcześniej zdiagnozowane, a dziecko/adolescent poddany terapii. Jedną z konsekwencji może być właśnie w późniejszym wieku diagnoza osobowości antyspołecznej (dys socjalnej).

Cel badań: Celem analizy literatury przedmiotu było ukazanie zależności pomiędzy zaburzeniami zachowania a osobowością antyspołeczną. Podjęto również próbę zwrócenia uwagi na fakt, że pierwsze symptomy zaburzeń zachowania możemy obserwować już u małych dzieci (nawet w wieku 3–4 lat), co jest bardzo niepokojące i wymaga podjęcia wczesnej interwencji terapeutycznej, poprzedzonej rzetelną diagnozą specjalistyczną.

Stan wiedzy: Jak ukazują wyniki badań, zaburzenia zachowania, z powodu nasilonych i trwałych zachowań antyspołecznych (jeśli nie jest włączona odpowiednia terapia specjalistyczna lub z różnych przyczyn nie przynosi ona efektu) w prostej drodze prowadzą do diagnozy osobowości antyspołecznej. Przyniesione wyniki badań potwierdzają tę korelację.

Podsumowanie: Należy właściwie diagnozować dzieci/adolescentów, które przejawiają cechy zaburzeń zachowania oraz obejmować ich specjalistyczną pomocą medyczną oraz psychologiczno-pedagogiczną w celu zmniejszenia zachowań antyspołecznych, które mogą ich ustrzec przed rozwinięciem się osobowości antyspołecznej.

Słowa kluczowe: zaburzenia zachowania, osobowość antyspołeczna

WPROWADZENIE

Wśród dzieci z zaburzeniami zachowania niejednokrotnie pojawiają się takie, które mają ograniczoną zdolność do odczuwania empatii, a potrzeby drugiej osoby nie mają dla nich znaczenia. Działania podejmują wtedy, gdy upatrują w nich korzyści dla siebie. Są aroganckie, impulsywne, agresywne, łamią społeczne normy i lekceważą autorytety. Dzieci, u których takie zachowania obserwujemy (w wielu środowiskach), jeszcze przed 10. r.ż., w wieku dorosłym najczęściej otrzymują diagnozę antyspołecznego zaburzenia osobowości. Choć odsetek diagnozowanych w tym wieku zaburzeń zachowania nie jest wielki, to jednak ich przebieg jest najtrudniejszy, zachowania agresywne i niszczyielskie stabilne, a proces terapeutyczny niestety nie zawsze przynosi rezultaty.

Artur Kołakowski (2018) przytacza doniesienia z wieloletnich badań klinicznych, których wyniki dowodzą, że problem zaburzeń zachowania nie jest problemem przejściowym, lecz mającym tendencję do nasilania się z wiekiem. Ignorowane zachowania przekształcają się z czasem w problemy z: agresją, maltretowaniem, kradzieżami, łamaniem prawa i rozbojami. Należy mieć na uwadze, że zaburzenia zachowania są przewlekłym i powtarzającym się sposobem zachowania danej osoby. Jednostki te naruszają podstawowe prawa innych osób lub ustalone dla danej grupy wiekowej normy społeczne i zasady. Swoim zachowaniem doprowadzają do istotnego upośledzenia w zakresie funkcjonowania szkolnego i społecznego.

Stąd w odniesieniu do powyższego podjęto próbę analizy literatury przedmiotu oraz dostępnych badań dotyczących zaburzeń zachowania i konsekwencji, jakie za sobą niosą. Skupiono się na zależnościach zaburzeń zachowania i osobowości antyspołecznej.

PROBLEM I CEL BADAŃ

Inspiracją do poruszenia problemu i przeanalizowania zjawiska korelacji zaburzeń zachowania i osobowości antyspołecznej były liczne kontakty autorki z rodzicami, których dzieci przejawiały cechy zaburzeń zachowania. Dzieci te uczęszczały (lub uczęszczają) na zajęcia specjalistyczne (socjoterapeutyczne i terapii zaburzeń integracji sensorycznej prowadzone przez autorkę) i były/są w wieku 3–8 lat (kilkoro w wieku 10–12 lat). Każde z nich było (lub jest) pod opieką psychiatry, neurologa, psychologa, pedagoga. Niektóre były/są objęte wczesnym wspomaganie rozwoju (WWR), inne zaś kształceniem specjalnym (KS) ze względu na zagrożenie niedostosowaniem społecznym. W czasie rozmów i spotkań zwrócono uwagę na to, że rodzice i nauczyciele najczęściej skupiali się na bieżącym rozwiązywaniu sytuacji

trudnych, które wynikały z zaburzeń zachowania. Nikt nie zastanawiał się nad tym, jak potoczą się dalej losy ich dzieci/podopiecznych, uznając, że mają jeszcze dużo czasu i „jakoś to będzie”. Stąd celem badań, które obejmowały analizę literatury przedmiotu dotyczącej zaburzeń zachowania i osobowości antyspołecznej, było ukazanie zależności pomiędzy tymi zaburzeniami. Odwołano się do wyników badań prowadzonych na przestrzeni lat w tym obszarze. Tym samym starano się wyjaśnić rodzicom, że zaburzenia zachowania, które dotyczą ich dzieci, mogą prowadzić w efekcie do rozwoju osobowości antyspołecznej. Uświadamiano ich również, że niekorzystna sytuacja rodzinna, czynniki biologiczne, genetyczne również mogą generować (lub nasilać) antyspołeczne zachowania. Celem badań było również dowiedzenie, że pierwsze symptomy zaburzeń zachowania możemy obserwować już u małych dzieci (nawet w wieku 3–4 lat), co jest bardzo niepokojące i wymaga podjęcia wczesnej interwencji terapeutycznej, poprzedzonej rzetelną diagnozą wielospecjalistyczną. Do tej pory zachowania te traktowano raczej jako rozwojowe.

TEORETYCZNE UJĘCIE PROBLEMU ZABURZEŃ ZACHOWANIA

Zaburzenia zachowania (CD) są jednym z najbardziej stabilnych, czyli niezmiennych i trudno poddających się terapii zaburzeń okresu dzieciństwa i dojrzewania. Wyniki badań pokazują, że średni wiek, w jakim się uwidaczniają, to 11–12 lat. Są obecne zarówno w okresie adolescencji, jak i w dorosłości (Kołakowski, 2018). To kontinuum dzieciństwo–dorosłość oznacza, że bez zdecydowanego i systematycznego działania terapeutycznego, i to na wielu płaszczyznach, nie jesteśmy w stanie sprawić, by problem samoistnie ustąpił.

Termin „zaburzenia zachowania” bardzo chętnie jest używany, a właściwie nadużywany w środowisku pedagogicznym. Pod jego nazwą kryją się w potocznym ujęciu wszystkie zachowania, które są trudne i denerwujące dla dorosłych. Zachowania te mogą wynikać z braku znajomości zasad, co wiąże się z tym, że rodzice lub nauczyciele nie starali się ich dziecka nauczyć lub być celowe. Celowość wiąże się teoretycznie z rozwojowym łamaniem zasad i polega na świadomym przekraczaniu granic przez nastolatków w celu sprawdzenia, na ile dorośli im na to pozwalają (Kołakowski, 2018).

Ogólnie naukowcy terminem „zaburzenia zachowania” określają odchylenie od normy w zachowaniu się danego dziecka, przy czym przez normę są rozumiane zasady moralne, obyczaje i zwyczaje przyjęte w danym środowisku. Stopień odchylenia od tej normy, świadczy o sile bądź zaawansowaniu zaburzenia (Konopnicki, 1964). Innymi słowy, o zaburzeniu zachowania można mówić wówczas, gdy zachowanie nieadekwatne do sytuacji staje się regułą, a dziecko w różnych sytuacjach

prezentuje stały stereotyp zachowania (Karasowska, 2006). Stąd o zaburzeniach zachowania możemy mówić dopiero wówczas, gdy łamanie norm funkcjonowania społecznego staje się stałym, niezmiennym modelem zachowania, zwłaszcza jeśli towarzyszy temu element okrucieństwa. W przypadku młodszych dzieci (przed 10. r.ż.) 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).

Martin E.P. Seligman i in. (2006) zaburzenia zachowania nazywał destrukcyjnymi i wskazał ich trzy typy:

1. Zaburzenia zachowania (CD), które charakteryzuje się trwałym zachowaniem, polegającym na pogwałceniu praw innych osób i podstawowych norm społecznych. Dzieci z zaburzeniem zachowania często popadają w konflikt z prawem, a niektóre z nich stają się przestępcami.
2. Zaburzenie opozycyjno-buntownicze (ODD), w którym nie dochodzi do pogwałcenia praw innych, a obejmuje ono brak posłuszeństwa. Dzieci prezentują wzorzec zachowań negatywnych, wrogich i buntowniczych.
3. Zespół deficytu uwagi z nadruchliwością (ADHD), które charakteryzuje się impulsywnością, brakiem uwagi i nadpobudliwością. Jest to najczęściej diagnozowane zaburzenie u dzieci przed rozpoczęciem okresu dojrzewania.

W amerykańskiej klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych DSM-5 (2013), zaburzenie/a zachowania zamieszczono w grupie wraz z zaburzeniami niszczyielskimi i kontroli impulsów, uznając je wszystkie za stany, które wyróżniają się osłabieniem samokontroli emocji i zachowania. Prowadzą one też do pogwałcenia dóbr i praw innych ludzi i/lub powodują konflikty z normami społecznymi oraz osobami darzonymi powszechnym szacunkiem (Gałęcki i in., 2018). W grupie tej umieszczono również zaburzenie opozycyjno-buntownicze (ODD) oraz antyspołeczne zaburzenie osobowości.

Zaburzenia zachowania (CD) mogą przejawiać się pod różnymi postaciami oraz odmienne mogą być ich mechanizmy i przyczyny. Ważne jest właściwe postawienie diagnozy. Zaburzenie to cechują powtarzające się, występujące przynajmniej w ciągu sześciu miesięcy zachowania buntownicze, agresywne lub antyspołeczne. W łagodniejszej lub wczesnej postaci objawiają się wybuchami złości, ciągłym kłóceniem się, nieprzestrzeganiem reguł społecznych, złośliwym i mściwym zachowaniem, używaniem obscenicznego języka. Chociaż niektóre z objawów CD nie dotyczą bardzo małych dzieci, to jednak wiele z nich, szczególnie tych związanych z agresją fizyczną, może wystąpić u dzieci w wieku przedszkolnym (Rolon-Arroyo, Arnold, Harvey, 2014). Jak wynika z badań wzrost zachowań przestępczych następuje w wieku 14–15 lat, a wynika on ze zdystansowania się młodzieży do norm i reguł ustanawianych przez osoby dorosłe (za: Szwejka, 2015).

W pełnym obrazie klinicznym pojawiają się m.in. podpalenia, kradzieże, ucieczki, okrucieństwo, gwałty (Kołąkowski, 2018). Analiza psychologiczna zachowań agresywnych wskazuje zwykle na kilka intencji pobić, uszkodzeń ciała i zabójstw. Należą do nich:

1. Pragnienie doznania przyjemności związanej z rywalizacją, ryzykiem i ekscytacją jako stanami ekstremalnymi, porównywanymi do orgazmu, uniesienia związanego z wyrwaniem się ze szponów szarej codzienności i zwykłości. Pragnienie ekscytacji, przeżycia swoistego „święta” i niezwykłości jest tym większe, im częściej tego rodzaju uczucia towarzyszyły aktywności przestępczej nieletniego lub im wcześniej doznał takich stanów.
2. Przywłaszczenie, które w świadomości napastnika, sprawcy przestępstwa może nastąpić w sytuacji całkowitego unieszkodliwienia ofiary, czyli jej zabójstwa dla zatarcia śladów lub ewentualnego rozpoznania.
3. Zemsta i nienawiść zgeneralizowana na wszystkich ludzi lub na ich pewne urojone krzywdy, których doświadczył sprawca.
4. Pragnienie władzy i dominowania nad słabszym, przerażonym i upokorzonym człowiekiem, wynikające z sadystycznych potrzeb pojawiających się u wielu ludzi wskutek stosowania przez rodziców wadliwych technik socjalizacyjnych (Pytka; za: Peterman, 2019).

By dziecko otrzymało diagnozę zaburzeń zachowania, musi spełniać co najmniej 3, a w ciągu ostatnich sześciu miesięcy co najmniej jedno z wymienionych kryteriów. Są 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. r.ż. pomimo 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. r.ż.;

Zaburzenie zachowania może przybierać następujące postaci:

- z początkiem w dzieciństwie – charakterystyczne objawy występują przed 10. r.ż. – 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. r.ż. (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 dla rozpoznania zaburzenia, natomiast brakuje wystarczających informacji na temat momentu wystąpienia pierwszych objawów.

Dzieci z początkiem zaburzeń w dzieciństwie zaczynają wykazywać lekkie problemy z zachowaniem już w okresie przedszkolnym i wczesnoszkolnym, przy czym z czasem podnosi się stopień ich ciężkości i częstotliwości. Udowodniły to wyniki badań przeprowadzone przez Benjamina Rolon-Arroyo, Davida H. Arnolda i Elizabeth A. Harvey w 2014 roku. Przeprowadzili oni badania na grupie 216 przedszkolaków w wieku trzech lat, które wykazały, że objawy CD istotnie różnicowały trzyletnie dzieci z problemami eksternalizacyjnymi i bez nich. Były one dość rzadkie wśród dzieci bez problemów, co sugeruje, że zachowania te nie są normatywne rozwojowo, co zdarzało się do tej pory zakładać. Trzylatki przejawiające zachowania eksternalizujące miały w efekcie w wieku późniejszym postawioną diagnozę CD. Szczególnie przydatne w diagnozie okazały się trzy objawy zaburzeń zachowania, takie jak: niszczenie rzeczy, kradzieże i bójki. Można zatem uznać, że wyniki potwierdzają trafność predykcyjną objawów CD w wieku przedszkolnym.

Pojawienie się problemów w dzieciństwie powoduje, że wzrasta także prawdopodobieństwo, że będą one występować w okresie dorastania i dorosłości. Dzieci o wczesnym początku zaburzeń zachowania cechuje m.in. niższy poziom inteligencji, istotnie wyższy poziom wskaźników ADHD, bardziej dysfunkcyjne środowisko rodzinne, wyższe wskaźniki psychopatologii rodziców, konfliktów rodzinnych i dysfunkcyjnych praktyk wychowawczych w rodzinie (Groth, 2010; za: Pastwa-Wojciechowska, 2019). 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.

CZYNNIKI WARUNKUJĄCE POWSTANIE ZABURZEŃ ZACHOWANIA

W rozważaniach nad przyczynami patologicznych form zachowań występujących we wczesnym i średnim dzieciństwie akcentuje się znaczenie ekspozycji dziecka na kombinację wielu czynników ryzyka. Kombinacja ta prowadzi do przewlekłych

problemów behawioralnych, mogących w konsekwencji rozwijać się zgodnie z wzorcami diagnostycznymi dla zaburzeń zachowania i emocji (Sutherland i in., 2018; za: Zawadzka, 2019). Stanisław Siwek (2010) wskazuje, że niekorzystne środowisko, w którym wychowuje się dziecko, może w sposób pośredni bądź bezpośredni zaburzać jego rozwój. Z pośrednim wpływem na patologię rozwoju mamy do czynienia wtedy, gdy nieprawidłowa opieka i wychowanie są źródłem aktywności patogennych czynników biologicznych. Z kolei czynniki społeczne, traktowane jako bezpośrednia przyczyna zaburzeń, powodują głównie różne objawy nieprawidłowego rozwoju psychicznego (zaburzenia emocjonalne, nieprawidłowy rozwój osobowości, zaburzenia w społecznym funkcjonowaniu). Najczęściej czynniki społeczne wchodzi w interakcję z czynnikami biologicznymi.

Najczęściej psychopatologia dziecka stanowi wypadkową czynników biologicznych i psychospołecznych, wśród których środowisko rodzinne zajmuje istotne miejsce. Ukazały to również wyniki badań przeprowadzonych w latach 2005–2014 roku w Oddziale Diennej Psychiatrii Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego. Objęto nimi 724 osób, w tym 476 dziewcząt i 248 chłopców. Zaburzone funkcjonowanie psychospołeczne, przejawiające się w postaci zaburzeń zachowania oraz emocji w stwierdzono u 22,8% konsultowanych pacjentów (165 osób), co stanowiło drugą z przyczyn konsultacji (Kądziała-Olech, 2015). Zaburzenia zachowania mogą wynikać również ze szczególnej konstrukcji psychicznej (związanej z dużymi potrzebami stymulacji, a przez to poszukiwaniem wrażeń), oraz z niewłaściwych oddziaływań wychowawczych, takich jak brak granic, przemoc czy zaburzone więzi między dzieckiem a rodzicami (Domurat, 2016). Wyniki badań wskazują na istnienie zależności pomiędzy zaburzoną relacją dzieci/adolescentów z rodzicami czy opiekunami a występowaniem u nich zaburzeń zachowania (i emocji). Analiza jakości więzi emocjonalnych w rodzinie wskazuje, że podejmowanie zachowań przestępczych przez nieletnich następuje częściej w tych rodzinach, w których pożytk rodziców jest konfliktowe i wrogie (Peterman, 2019). Przyczynia się do tego najczęściej brak wsparcia ze strony rodziców/opiekunów oraz związany z tym brak poczucia bezpieczeństwa dzieci/podopiecznych (Iniewicz i in., 2011). Osoby wychowywane w nieodpowiedniej atmosferze domowej cechuje niestałość emocjonalna, zachowania agresywne, kłamstwa, kradzieże itd. Dysharmonia w rodzinie dostarcza dziecku wzorów agresji, niestałości, wrogości i aspołecznego zachowania. Potwierdzają to również wyniki badań Haliny Kądziały-Olech (2015), które ukazały, że stany pobudzenia z agresją najczęściej stwierdzano u konsultowanych pacjentów z zaburzeniami zachowania, co stanowiło 38,4% badanych. Zaburzenia zachowania (i emocji) były też najczęstszą przyczyną samookaleczeń.

Grzegorz Lewandowski (za: Ostafińska-Molik, 2014) do czynników warunkujących występowanie zaburzeń zachowania u dziecka również zalicza wpływ

atmosfery panującej w domu rodzinnym. Aleksandra Karasowska (2006) wśród czynników rodzinnych warunkujących powstawanie zaburzenia/ń zachowania wymienia:

1. Wychowywanie się w rodzinie dysfunkcyjnej (wywołujące problemy w przystosowaniu się do warunków świata zewnętrznego), w której role społeczne ulegają destrukcji, a dziecko kształtuje fałszywą wizję świata i otrzymuje nieprawidłowe wzorce pełnienia ról społecznych oraz radzenia sobie w sytuacjach trudnych.
2. Urazy psychiczne powstające pod wpływem trudnych doświadczeń i braku umiejętności u dziecka radzenia sobie z nimi. Źródłem urazów mogą być m.in.: niewłaściwe postawy dorosłych – opiekunów dziecka (zaniedbania, krzywdzenie dziecka); choroba dziecka i związany z nią pobyt w szpitalu; utrata lub rozłąka z bliską osobą; wypadki. Urazy mogą mieć charakter jednorazowego wydarzenia lub występować przez dłuższy czas w życiu dziecka (Karasowska, 2006).

Choć ogólnie można przyjąć, że czynniki warunkujące powstanie zaburzeń zachowania są wspólne dla wszystkich zdiagnozowanych osób, to jednak nie u każdego dziecka występują tego samego typu zaburzenia zachowania. Według klasyfikacji ICD-10 wyróżnia się ich cztery rodzaje, związane z sytuacjami, w których zaburzone zachowanie występuje. Są to zachowania:

- ograniczone do występowania w środowisku rodzinnym – problemy występują wyłącznie w domu, najczęściej w rodzinach skonfliktowanych; nieudolnych wychowawczo; zaburzonych socjopatycznie i emocjonalnie;
- z nieprawidłową socjalizacją – problemom w domu towarzyszy nieprawidłowe budowanie relacji z innymi dziećmi; brak trwałych i pozytywnych interakcji z grupą;
- 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; Bomba, 2016; Kołakowski, 2018).

We wszystkich czterech kategoriach jako zachowanie stanowiące objaw zaburzeń tej grupy wymienia się agresję – przede wszystkim fizyczną, stosowanie przemocy fizycznej, okrucieństwo, kradzieże, kłamstwa, celowe niszczenie przedmiotów. Kryterium różnicującym jest zdolność funkcjonowania w grupie rówieśniczej. Istotne jest również to, że występowanie zaburzeń emocjonalnych, zaburzeń hiperkinetycznych (ADHD), całościowych zaburzeń rozwoju (ASD), zaburzeń nerwicowych,

schizofrenii czy zaburzeń afektywnych wyklucza postawienie diagnozy zaburzeń zachowania. Jeśli symptomy spełniają kryteria zaburzeń emocjonalnych, wówczas należy rozpoznać mieszane zaburzenia zachowania i emocji (Bomba, 2016).

Zaburzenia zachowania mogą również przybierać charakter zaburzeń typu eksternalizacyjnego lub internalizacyjnego. Zaburzenia eksternalizacyjne charakteryzują się niską kontrolą emocji i dlatego określa się je jako zachowania słabo kontrolowane. Manifestują się one w aktach agresji, łamaniu norm – zarówno prawnych, jak i wynikających z obowiązków szkolnych (opuszczanie zajęć, przeklinanie, kłamstwa). Natomiast zaburzenia internalizacyjne określa się jako zachowania nadmiernie kontrolowane. Jednostki takie są nazbyt neurotyczne i wycofane, podchodzą z lękiem do ludzi i nowych sytuacji. Na zaburzenia tego typu składają się stany depresyjne i lękowe, nadmierne wycofanie społeczne oraz dolegliwości somatyczne, będące objawami stanów nerwicowych (Szwejkę, 2015). Analiza wyników badań przeprowadzonych przez Łukasza Szwejkę w 2015 roku wśród 190 uczniów szkół podstawowych ukazała, że 14,73% badanej populacji przejawia zaburzenia typu internalizacyjnego, a 6% znajduje się na granicy normy. Natomiast 13,68% przejawia zaburzenia eksternalizacyjne, a 13,15% znajduje się na granicy normy.

Jak podkreśla Artur Kołakowski (2018), zaburzenia zachowania, bez względu na ich charakter, są potencjalnym czynnikiem zwiększającym prawdopodobieństwo rozwinięcia się w życiu dorosłym zaburzeń nastroju, zaburzeń lękowych, uzależnień, zaburzeń psychotycznych.

ANTYSPOŁECZNE ZABURZENIE OSOBOWOŚCI JAKO KONTINUUM ZABURZEŃ ZACHOWANIA

Anty społeczne zaburzenie osobowości jest silnie powiązane z zaburzeniami zachowania należącymi do spektrum tych „uzewnętrzniających się”. Osoby te nieustannie lekceważą prawa innych ludzi poprzez kłamliwe, agresywne lub anty społeczne zachowania, nie mając w związku z tym żadnych wyrzutów sumienia ani potrzeby okazywania komukolwiek lojalności (Butcher i in., 2018). Kryteria diagnostyczne anty społecznego zaburzenia osobowości obejmują:

Wzorzec zachowań polegający na lekceważeniu i naruszaniu praw innych osób, występujący po 15. r.ż., charakteryzujący się co najmniej trzema z poniższych:

- nieprzestrzeganie zasad zachowania zgodnego z ustanowionym prawem, naruszanie norm społecznych, prowadzące do uzasadnionego pozbawienia wolności;

- oszustwa, w tym powtarzające się kłamstwa, podawanie się za kogoś innego, nakłanianie innych do podejmowania działań zmierzających do osiągnięcia korzyści lub przyjemności;
- impulsywność;
- drażliwość, zachowania agresywne wywołujące bójki lub napaści;
- lekkomyślne lekceważenie zasad bezpieczeństwa własnego lub innych;
- nieodpowiedzialność przejawiająca się powtarzającym się łamaniem zasad zachowań na gruncie zawodowym lub niedopełnieniem zobowiązań finansowych;
- brak poczucia winy, obojętność lub racjonalizowanie w przypadku zranienia, oszukania innych, dopuszczania się kradzieży.

Kolejne kryteria diagnostyczne antyspołecznego zaburzenia osobowości to: wiek co najmniej 18 lat, istnienie dowodów świadczących o występowaniu zaburzenia zachowania przed 15. r.ż. oraz niewystępowanie antyspołecznego zachowania w przebiegu schizofrenii lub zaburzenia dwubiegunowego (Butcher i in., 2018). Według DSM-V diagnozę można postawić, jeśli osoba powyżej 15. r.ż. w sposób powtarzalny popełnia czyny, które stanowią podstawę do aresztowania, przejawia powtarzającą się skłonność do oszukiwania, impulsywność, rozdrażnienia i agresji. Ponadto przed 15. r.ż. muszą u niej występować objawy zaburzeń zachowania (Butcher i in., 2018). Prawdopodobieństwo rozwoju antyspołecznego zaburzenia osobowości w wieku dorosłym jest większe u osób, które w okresie dzieciństwa przejawiały zaburzenie zachowania (przed 10. r.ż.) z towarzyszącym mu zaburzeniem z deficytem uwagi i nadaktywnością.

Zasadniczym wskaźnikiem antyspołecznego zaburzenia osobowości jest wzorec cech obejmujących lekceważenie i naruszanie praw innych ludzi (wiodące są oszustwa i manipulacje), zaczynający się w dzieciństwie lub wczesnej adolescencji i utrzymujący się w wieku dorosłym. Nazywa się go również psychopatią, socjopatią lub dyssocjalnym zaburzeniem osobowości. Osoby te są nazbyt pewne siebie, zarozumiałe, pyskate, mogą mieć zbyt wygórowane mniemanie o sobie. Jednostki z antyspołecznym zaburzeniem osobowości bardzo często przejawiają brak empatii, cynizm i bezwzględność, z pogardą odnoszą się do uczuć i praw innych osób. Przeprowadzone w 2016 roku przez Jamesa Fallona badania obrazowe mózgu osób wykazujących cechy psychopatyczne oraz osób niewykazujących takich cech udowodniły, że u osób wykazujących osobowość antyspołeczną aktywność mózgu w istotnych dla emocji obszarach jest o wiele niższa w porównaniu z pozostałymi osobami (Fallon, 2016).

Andrzej Sędek (2019) podkreśla, że osoby o antyspołecznym zaburzeniu osobowości mają wyolbrzymione poczucie własnej wartości i wysokie mniemanie o swoich zdolnościach oraz prezentują postawy wyższości wobec innych.

Mogą też być odbierane przez społeczeństwo jako charyzmatyczni przywódcy. Posługują się skomplikowanymi terminami, prezentują pseudointelektualny styl życia, jawiąc się jako erudyci o rozległej wiedzy z różnych dziedzin życia. Osoby o antyspołecznym zaburzeniu osobowości są podatne na znudzenie, nie tolerują monotonii. Dlatego też wykazują zapotrzebowanie na intensywne, często zmieniające się bodźce, ekscytujące zajęcia, szybko nużą się monotonnymi zajęciami, np. lekcjami szkolnymi, odrabianiem prac domowych. Jednocześnie potrafią być urocze i czarujące, potrafią wywierać dobre wrażenie na swoich rozmówcach. Są niezdolne do utrzymywania relacji partnerskich (dłuższych, opartych na wyłączności jednej relacji), a jako rodzice mogą zachowywać się nieodpowiedzialnie, nie zaspokajając podstawowych i codziennych potrzeb swoich dzieci. Opisowanemu zaburzeniu często towarzyszą zaburzenia lękowe, depresyjne, używanie substancji psychoaktywnych, zaburzenia z objawami somatycznymi, hazardowe i inne zaburzenia kontroli impulsów.

Wśród czynników ryzyka wystąpienia antyspołecznego zaburzenia osobowości wymienia się czynniki biologiczne, genetyczne oraz środowiskowe, co wiąże się z występowaniem cech charakterystycznych dla osobowości antyspołecznej już w dzieciństwie (Butcher i in., 2018). Ustalono, że jest ono częstsze wśród biologicznych krewnych pierwszego stopnia osób z tym zaburzeniem niż w ogólnej (Gałęcki i in., 2018). Genetyczne skłonności do problemów neuropsychologicznych prowadzących do nadpobudliwości lub kłopotów z uwagą w połączeniu z trudnym temperamentem stanowią ważne czynniki predysponujące do wczesnego pojawienia się zaburzeń zachowania. Te z kolei mogą zwiastować diagnozę antyspołecznego zaburzenia osobowości w wieku dorosłym (Butcher i in., 2018). W populacyjnych badaniach nad interakcją genomu i środowiska (w genezie zaburzeń zachowania) wykazano wpływ przekazu genetycznego na zachowania antyspołeczne i depresyjność w adolescencji. Ten sam zespół badaczy wykazał w późniejszym czasie (za: Bomba, 2016), że wystąpienie zachowań antyspołecznych wiąże się z interakcją genotypu adolescenta oraz chłodnej postawy rodziców. Powtarzalność zachowań antyspołecznych (dysocjalnych) i agresywnych w kolejnych pokoleniach jest związana z transmisją genetyczną determinantów tych zachowań.

Cechy omawianych zaburzeń pojawiają się już w dzieciństwie, a liczba zachowań antyspołecznych występujących w tym czasie umożliwia przewidzenie, kto w dorosłym życiu otrzyma diagnozę antyspołecznego zaburzenia osobowości (za: Butcher i in., 2018). Wyniki badań naukowych dowiodły, że im wcześniej wspomniane zachowania się pojawią, tym rokowania są gorsze. Do predyktorów osobowości dysocjalnej, których należy szukać już w dzieciństwie, zalicza się m.in. ADHD, zaburzenia zachowania, wysoki poziom agresji, trudności w nawiązywaniu lub brak kontaktów z rówieśnikami, kontakt z rówieśniczymi grupami przestępczymi

(za: Juszczak, Korzeniewski, 2016). Przytaczane wcześniej badania Łukasza Szwejki (2015) ukazały również niepokojąco wysokie nasilenie zachowań agresywnych wśród 12-letnich dzieci (zwłaszcza w obszarze klinicznym 8,42%). Wyniki badań są o tyle niepokojące, że agresja może nasilać się z wiekiem, głównie poprzez mechanizmy uczenia się, a zachowania agresywne mogą ewoluować w kierunku przestępczości gwałtownej. Do czynników pozwalających przewidzieć, które dzieci z trwałym zaburzeniem zachowania zejdą na drogę przestępstwa, należą również: większa częstotliwość aktów dewiacji w dzieciństwie, duża różnorodność problemów z zachowaniem, problemy z zachowaniem w różnych środowiskach, współwystępowanie zaburzeń zachowania z takimi cechami, jak impulsywność i niedobór poznawczy (za: Seligman i in., 2006). Nowym kryterium (Domurat, 2016), nieuwzględnionym w DSM-4, jest ograniczone odczuwanie winy i empatii. Element ten stanowi ważną wskazówkę w działaniach terapeutycznych, wskazuje bowiem na deficyt, mogący skutkować brakiem wewnętrznej motywacji do zmian. Konieczne może być zatem szukanie motywacji zewnętrznej dla likwidowania przejawów opisywanych zaburzeń.

Głównym czynnikiem sprzyjającym rozwojowi osobowości antyspołecznej jest okrucieństwo, wrogość lub obojętność okazywana dziecku przez rodziców. Taka postawa może być źródłem dostarczania jednostce niewłaściwego modelu zachowania, który w konsekwencji będzie powielany w późniejszych relacjach interpersonalnych. Tendencje antyspołeczne mogą się rozwijać u jednostek, które wyrastały w niewłaściwym modelu zachowania, zaniedbanych, pozostawionych samym sobie, pozbawionych właściwych wzorów do naśladowania. W takich sytuacjach mogą się opierać na modelach przypadkowych, zaobserwowanych w swoim środowisku, niekoniecznie konstruktywnych (Ostafińska-Molik, 2014; Bomba, 2016).

STAN WIEDZY. KORELACJA MIĘDZY ZABURZENIAMI ZACHOWANIA A OSOBOWOŚCIĄ ANTYSPOŁECZNĄ

Dzieci z zaburzeniami zachowania stanowią grupę, która jest szczególnie narażona na wystąpienie antyspołecznego zaburzenia osobowości w wieku dorosłym szczególnie wtedy, gdy poprzedzały je zachowania opozycyjno-buntownicze (ODD). Zachowania te (ODD) ujawniają się ok. 6 r.ż., a w następstwie ok. 9 r.ż. pojawiają się zaburzenia zachowania. Według wyników badań Davida P. Farringtona (za: Kołakowski, 2018) 49% agresywnych ośmio- i dziesięcioletnich chłopców nadal przejawia podobne zachowania w wieku 32 lat. Z kolei badania Marka Zoccolillo,

Andrew Picklesa, Davida Quintona i Michaela Ruttera (1992) ukazały zależność zaburzeń zachowania i osobowości antyspołecznej u 40% chłopców i 35% kobiet.

Wystąpienie zaburzeń zachowania przed ukończeniem 15 r.ż. stanowi kryterium diagnostyczne aspołecznego zaburzenia osobowości. Badania sugerują, że dotyczy to ok. 40% nastolatków z diagnozą zaburzeń zachowania (Seligman i in., 2003; Lahey, Loeber, Burke, Applegate, 2005; Copeland i in., 2007). To wszechstronność problemów początkowo związanych z zaburzeniem opozycyjno-buntowniczym, a potem zaburzeniem zachowania, tworzy wzorzec, który kojarzy się z diagnozowaną u dorosłych psychopatią lub osobowością antyspołeczną (Butcher i in., 2018). Korelacja między zaburzeniami zachowania a osobowością antyspołeczną jest też silniejsza w przypadku dzieci pochodzących z niższych klas społeczno-ekonomicznych (Lahley, Loeber, Burke, Applegate, 2005). W innej sytuacji (można powiedzieć, że bardziej korzystnej) są osoby, u których zaburzenia zachowania pojawiły się dopiero w okresie dojrzewania i nie były poprzedzone zachowaniami opozycyjno-buntowniczymi. U tych osób raczej rzadko rozwija się osobowość antyspołeczna (za: Butcher i in., 2018).

Beata Pastwa-Wojciechowska (2019) przytacza wyniki badań badające korelację pomiędzy zaburzeniami zachowania a innymi zaburzeniami psychicznymi. Dowodzą one, że współwystępowanie zaburzeń zachowania i/lub zaburzeń opozycyjno-buntowniczych, przyczynia się do znacznie częstszego diagnozowania w wieku dorosłym u tych osób psychopatii, w wieku młodzieńczym zaś prezentują one liczne formy zachowań antyspołecznych. Badania nad wspomnianą zależnością rozpoczął Donald R. Lynam (za: Pastwa-Wojciechowska, 2019), który dowiódł, że dzieci z diagnozą ODD/CD znacznie częściej prezentują zachowania antyspołeczne oraz występuje u nich większa liczba neuropsychologicznych korelatów tych zachowań, takich jak: słabe, pasywne uczenie się; korowe pobudzenie; deficyty funkcji wykonawczych, co obserwowane jest również u dorosłych z psychopatycznymi zaburzeniami osobowości. Inne badania (Frick, 1998; 2000; 2005; 2008; za: Pastwa-Wojciechowska, 2019) dowiodły, że identyfikowanie przejawów psychopatii w dzieciństwie, powinno koncentrować się szczególnie na takich cechach, jak brak poczucia winy, brak empatii, płytkie i ograniczone doznawanie emocji, które to cechy występują u dorosłych z psychopatycznymi zaburzeniami osobowości.

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

Mniejsze ryzyko wykształcenia się osobowości antyspołecznej w życiu dorosłym dotyczy tych osób, u których zaburzenie zachowania wystąpiło w wieku młodzieńczym nagle. Problemy u tych osób mijają wraz z wiekiem. Nie występują u nich również te same czynniki ryzyka, które dotyczą przypadków zaburzeń zachowania na wczesnym etapie rozwoju. Do czynników tych zalicza się niską inteligencję werbalną, deficyty neuropsychologiczne, impulsywność czy problemy z uwagą (Butcher i in., 2018).

Martin E.P. Seligman (2006) przytacza przeprowadzone w latach 80. i 90. XX wieku badania, których wyniki pozwoliły na wyłonienie kilku podtypów zaburzeń zachowania. Jeden z nich odnosi się do dzieci z trwałymi tendencjami antyspołecznymi i agresywnymi w okresie od dzieciństwa do wkroczenia w wiek dorosły. Analiza wyników badań, na które powołuje się autor dowiodła, że ok. połowa dzieci spełniających kryteria diagnostyczne zaburzeń zachowania zostaje w efekcie sklasyfikowana jako młodociani przestępcy. Około 30–40% tych dzieci w wieku dorosłym ma zdiagnozowane społeczne zaburzenia osobowości (za: Seligman i in., 2006). Inny podtyp obejmuje osoby, które nie zostały sklasyfikowane jako młodociani przestępcy, lecz u których w okresie dzieciństwa obserwuje się problemy z zachowaniem, i którzy cały czas doświadczają trudności w funkcjonowaniu społecznym. Do kolejnego podtypu zaburzeń zachowania zaliczono te osoby, u których w dzieciństwie nie stwierdza się niepokojących zachowań, lecz pojawiają się one dopiero w okresie dorastania, jako sposób na podkreślenie swojej niezależności.

Pastwa-Wojciechowska (2019) przytacza badania, które dowodzą zależności między psychopatią a zachowaniami opozycyjno-buntowniczymi. Spośród 120 dzieci w wieku 6–13 lat wyłoniono dwie grupy. W pierwszej znalazły się dzieci spełniające kryteria zaburzeń zachowania lub zachowań opozycyjno-buntowniczych o wysokim poziomie impulsywności i niskim nasileniu cech chłodu i aemocjonalności. W drugiej grupie znalazły się dzieci o cechach zaburzeń zachowania i zachowań opozycyjno-buntowniczych, których impulsywności towarzyszył wysoki poziom chłodu i aemocjonalności. Następnie dokonano podziału dzieci ze względu na obecność wymienionych cech na podgrupę charakteryzującą się zachowaniem impulsywnym oraz grupę o zachowaniu psychopatycznym. Okazało się, że w grupie o zachowaniu psychopatycznym występowała większa różnorodność symptomów zaburzeń zachowania i zachowań opozycyjno-buntowniczych oraz niemal trzykrotnie wyższy wskaźnik konfliktu z policją. Związek cech chłodu i aemocjonalności ze skłonnością do łamania prawa został potwierdzony w kolejnych badaniach. Ich wyniki ukazały, że wskaźniki podwyższonych cech chłodu były istotnie wyższe w grupie chłopców, u których antyspołeczne zachowanie

zaczynało się wcześniej (przez 10. r.ż.) niż w grupie o początku problematycznych zachowań w adolescencji.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Podsumowując, wnioski, jakie można wysunąć z analizy wyników badań prowadzonych na przestrzeni lat, skłaniają do przychylenia się do stwierdzenia, że diagnoza osobowości antyspołecznej ma ścisły związek z problemami z zachowaniem. Na jej wystąpienie szczególnie narażone są osoby, które miały wcześniej postawioną diagnozę zaburzeń zachowania (Robins, 1966). Problemy skutkujące z kolei diagnozą zaburzeń zachowania u dzieci, jak dowiodły wyniki badań przytoczonych w artykule, mogą ujawniać się już we wczesnym dzieciństwie. Stąd istotnym wydaje się prowadzenie badań nad różnorodnymi aspektami zaburzeń psychicznych i problemów emocjonalnych występujących wśród przedszkolaków. Analiza wyników badań przytaczanych w artykule potwierdziła również, że istotnym w powstawaniu zaburzeń zachowania i osobowości antyspołecznej jest czynnik środowiskowy.

Należy uznać, że problemów związanych z nieodpowiednim zachowaniem nie można bagatelizować i wychodzić z założenia, że dziecko jest np. jeszcze małe i „na pewno wyrośnie” albo „samo się nauczy” zachowań prawidłowych. Niestety nie wyrośnie i nie nauczy się, jeśli nie ma od kogo. Problemy bowiem nie rozwiązują się same, a wręcz z wiekiem nawarstwiają się. Szczególnie jest to widoczne w problemach z zachowaniem u dzieci i młodzieży. Niejednokrotnie wymagają one podjęcia specjalistycznej pomocy, która powinna być poprzedzona diagnozą medyczną (psychiatryczną). Tylko wtedy możemy liczyć na to, że zaburzone zachowanie nie ulegnie eskalacji i nie poskutkuje diagnozą w postaci zaburzeń osobowości antyspołecznej.

BIBLIOGRAFIA

- Barkley, R.A. i in. (1991). Adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: patterns of behavioral adjustment, academic functioning, and treatment utilization. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 752–761. [https://doi.org/10.1016/s0890-8567\(10\)80010-3](https://doi.org/10.1016/s0890-8567(10)80010-3)
- Butcher, J.N., Hooley, J.M., Mineka, S. (2018). *Psychologia zaburzeń*. Sopot: GWP.
- Copeland, W.E., Miller-Johnson, S., Keeler, G., Angold, A., Costello, E.J. (2007). Childhood Psychiatric Disorders and Young Adult Crime: A Prospective, Po-

- pulation-Based Study. *American Journal of Psychiatry*, 164(11), 1668–1675. Pobrane 19, Kwietnia, 2021 z: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.2007.06122026>.
- Domurat, M. (2016). Zaburzenia zachowania. W: M. Jerzak (red.). *Zaburzenia psychiczne i rozwojowe u dzieci a szkolna rzeczywistość* (s. 40–55). Warszawa: PWN.
- Fallon, J. (2020). *Mózg psychopaty*. Gdańsk: GWP.
- Gałecki, P., Pilecki, M., Rymaszewska, J., Szulc, A., Sidorowicz, S., Wciórka, J. (red.). (2018). *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5*. Wrocław: Edra Urban&Partner.
- Iniewicz, G., Wiśniewska, D., Dziekan, K., Czuszkiewicz, A., (2011). Wzory przywiązania i zachowania agresywne wśród młodzieży z diagnozą zaburzeń zachowania i emocji. *Psychiatria Polska*, 2011/XLV(5), 703–711.
- Jensen, P.S., Martin, D., Cantwell, D.P. (1997). Comorbidity of ADHD: implications for research, practice, and DSM-V. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1065–1079. <https://doi.org/10.1177/108705479700200307>
- Juszczak, D., Korzeniewski, K. (2016). Analiza wybranych czynników psychospołecznych i psychopatologicznych u sprawców przestępstw seksualnych z trwałymi anomaliami osobowości. *Seksuologia Polska*, 14(1), 13–18. <https://doi.org/10.5603/13-18>
- Kądziała-Olech, H. (2015). Profil zaburzeń psychicznych na podstawie psychiatrii konsultacyjnej u pacjentów hospitalizowanych w wielospecjalistycznym dziecięcym szpitalu klinicznym. *Pediatrics i Medycyna Rodzinna*, 11(2), 197–204. <https://doi.org/10.15557/PiMR.2015.0017>
- Karasowska, A. (2006). *Jak wychowywać i uczyć dzieci z zaburzeniami zachowania*. Warszawa: Wyd. Edukacyjne Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Kazdin, A.E., Weisz, J.R. (2006). *Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach*. Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kołąkowski, A. (2018). Kliniczny obraz zaburzeń zachowania. W: A. Kołąkowski (red.). *Zaburzenia zachowania u dzieci. Teoria i praktyka* (s. 15–63). Sopot: GWP.
- Konopnicki, J. (1964). *Zaburzenia w zachowaniu się dzieci i środowisko*. Warszawa: PWN.
- Lahey, B.B., Loeber, R., Burke, J.D., Applegate, B. (2005). Predicting Future Antisocial Personality Disorder in Males From a Clinical Assessment in Childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 389–399. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.389>
- Namysłowska, I. (2012). *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Opora, R. (2011). Zaburzenia uwagi a niedostosowanie społeczne. *Resocjalizacja Polska*, 2, 275–285.

- Pastwa-Wojciechowska, B. (2011). Psychologiczno-psychiatryczna problematyka psychopatii a potrzeby i praktyka opiniodawstwa w procesie stosowania prawa. *Chowanna*, 2, 159–177.
- Pastwa-Wojciechowska, B. (2019). *Psychopaci sprawcy przestępstw seksualnych*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Pawlak, P. (2013). *Dzieci z ADHD i ich rodzeństwo*. Kraków: Impuls.
- Pfiffner, L.J. (2004). *Wszystko o ADHD. Kompleksowy, praktyczny przewodnik dla nauczycieli*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Peterman, S. (2019). Antyspołeczne zachowania dzieci i młodzieży z rodzin dotkniętych przemocą domową. W: J. Sala (red). *Zdrowa i mocna rodzina fundamentem społeczeństwa* (s. 58–70). Kraków: Wyd. Naukowe Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II. <https://doi.org/10.15633/9788374387613.05>
- Robins, L.N., Lewis, R.G. (1966). The Role of the Antisocial Family in Graduation and Crime: A Three-Generation Study. *The Sociological Quartely. Official Journal of the Midwest Sociological Society*, 7, 500–514.
- Rolon-Arroyo, B., Arnold, D.H., Harvey, E.A. (2014). The predictive utility of conduct-disorder symptoms in preschool children: a 3 year follow-up study. *Child Psychiatry Human Development*, 45, 329–337. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01183-3>
- Seligman, E.P., Walker, E.F., Rosenhan, D.L (2006). *Psychopatologia*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Sędek, A. (2019). Przejawy antyspołecznych zaburzeń osobowości młodzieży. Trudności diagnostyczno-terapeutyczne. Głos w dyskusji. W: S. Śudło (red.). *Młodzieżna politika: problemi ta perspektivi* (s. 65–73). Vipusk 9 – Drogobič. Legnicá: Trek LTD.
- Szwejk, Ł. (2015). Specyfika zaburzeń zachowania u uczniów szkół podstawowych. *Społeczeństwo i Rodzina*, 43 (i/2015), 106–118.
- Siwek, S. (2010). Czynniki społeczne w genezie nieprawidłowego rozwoju i zachowania. *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Psychologica*, 14, 19–43.
- Wiącek, R. (2005). Dzieci nadpobudliwe psychoruchowo w wieku przedszkolnym. Program terapii i wspomaganie rozwoju oraz scenariusze zajęć. Kraków: Impuls.
- Wolańczyk, T., Komender, J. (2004). Zaburzenia hiperkinetyczne. W: I. Namysłowska (red.). *Psychiatria dzieci i młodzieży* (s. 197–212). Warszawa: Wyd. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Zawadzka, E. (2018). Zachowania o charakterze destrukcyjnym w okresie średniego dzieciństwa: norma czy patologia? *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*, XXXI(3), 231–245. <https://doi.org/10.17951/j.2018.31.3.231-245>
- Zoccolillo, M., Pickles, A., Quinton, D., Rutter, M. (1992). The outcome of childhood conduct disorder: Implications for defining adult personality disorder and conduct disorder. *Psychological Medicine*, 22(4), 971–986. <https://doi.org/10.1017/S003329170003854X>

BEHAVIORAL DISORDERS WITH ANTISOCIAL PERSONALITY AND THE CONSEQUENCES OF INCORRECT DIAGNOSIS

Introduction: The aim of the article was to present the problem of behavioral disorders and antisocial personality. Attention is paid to the indicators of behavioral disorders and the consequences of incorrect diagnosis. Lack of appropriate therapy may result in the development of an antisocial (dissociative) personality.

Research Aim: The aim of the research was to show the relationship between behavioral disorders and antisocial personality. It was pointed out that the first symptoms of behavioral disorders can already be observed in young children (even at the age of 3–4).

Evidence-based Facts: Permanent occurrence and intensification of antisocial behavior lead to behavioral disorders. The lack of an appropriate diagnosis and effective specialist intervention results in the development of antisocial personality.

Summary: Children/adolescents who present abnormal behavior should be properly diagnosed. Medical, psychological and pedagogical help is necessary in order to reduce antisocial behavior that can lead to the development of antisocial personality.

Keywords: antisocial personality, behavioral disorders