

# Kiedy przemoc rodzi przemoc – krzywdzenie i surowe praktyki wychowawcze jako czynnik ryzyka rozwoju zaburzeń opozycyjno-buntowniczych. Model Proaktywnego rozwiązywania problemów przez współdziałanie – metoda pracy z dzieckiem i jego środowiskiem

Justyna Glasnapp

psycholożka, trenerka warsztatów profilaktycznych

Zaburzenia opozycyjno-buntownicze (oppositional defiant disorder – ODD) przejawiają się w uporczywie pojawiających się nieposłusznych, złośliwych lub prowokacyjnych zachowaniach. Bez stosownej interwencji terapeutycznej zachowania te mogą utrwalić się i przybrać na sile, prowadząc do konfliktów z prawem czy nawet rozwoju antyspołecznych zaburzeń osobowości. Chociaż wskazuje się na wiele czynników rozwoju ODD, szczególnie ważna wydaje się interakcja cech indywidualnych dziecka ze środowiskiem, w którym wzrasta. Dzieci częściej przejawiające zachowania trudne to dzieci, które jednocześnie są bardziej narażone na doznawanie przemocy i surowych praktyk wychowawczych. To z kolei może prowadzić do wystąpienia jeszcze większej liczby zachowań niepożądanych i utrwalenia destrukcyjnego wzorca funkcjonowania. Ze względu na złożoność ODD wskazana jest terapia obejmująca nie tylko dziecko, ale też jego środowisko rodzinne i szkolne. Niniejszy artykuł stawia sobie dwa cele. Pierwszym z nich jest przyjrzenie się związkowi, jaki występuje między krzywdzeniem i surowym rodzicielstwem a rozwojem ODD. Drugi natomiast to przedstawienie modelu Proaktywnego rozwiązywania problemów przez współdziałanie (Collaborative and Proactive Solutions), który jest opartym na dowodach podejściem pomagającym zrozumieć przyczyny trudnych zachowań i przezwyciężyć trudności stojące u ich podstaw.

### SŁOWA KLUCZOWE:

COLLABORATIVE AND PROACTIVE SOLUTIONS, PROAKTYWNE ROZWIĄZYWANIE PROBLEMÓW PRZEZ WSPÓŁDZIAŁANIE, PRZEMOC, SUROWE RODZICIELSTWO, ZABURZENIA OPOZYCYJNO-BUNTOWNICZE

Przemoc wobec dzieci to zjawisko, u podłoża którego leży wiele istotnych czynników ryzyka. Milner i in. (2022) w systematycznym przeglądzie piśmiennictwa pokategoryzowali wynikające z badań czynniki na: (a) indywidualne związane z rodzicem, (b) indywidualne związane z dzieckiem, (c) relacyjne, (d) na poziomie społeczności i poziomu społeczno-kulturowego. Wśród czynników indywidualnych związanych z dzieckiem wymienia się m.in. trudny temperament oraz zachowania eksternalizacyjne (np. impulsywne, buntownicze, agresywne). Są to czynniki o tyle ważne, o ile społecznie dzieci wykazujące trudne zachowania to te, których nie postrzega się w kategorii ofiar. Są one narażone w większym stopniu nie tylko na przemoc fizyczną, ale i emocjonalną (Pekdoğan i Kanak, 2022). Częściej również doświadczają surowych praktyk wychowawczych. Niestety wynikiem takich działań jest wzrost liczby zachowań destrukcyjnych, zwiększone ryzyko wystąpienia zaburzeń opozycyjno-buntowniczych (*oppositional defiant disorder* – ODD; Scaramella i Leve, 2004), a nawet antyspołecznych zaburzeń osobowości (Langbehn i in., 1998). Z jednej strony zatem swoiste trudności behawioralne stanowią czynnik ryzyka przemocy, z drugiej – doznawanie przemocy zwiększa ryzyko zachowań trudnych i utrwalenia się destrukcyjnego wzorca funkcjonowania. Odpowiednio dobrane działania profilaktyczne i terapeutyczne dają szansę nie tylko na ochronienie przed krzywdzeniem tego konkretnego dziecka, ale również na zatrzymanie transmisji międzypokoleniowej, a tym samym przerwanie łańcucha przemocy. Jednym z ważnych elementów profilaktyki jest rozszerzenie świadomości społecznej dotyczącej tego, że dzieci, które wykazują trudne zachowania, należą jednocześnie do tych, które szczególnie powinniśmy otoczyć odpowiednią opieką. Kiedy dziecko rozwija się w kierunku ODD, szeroko pojęte środowisko, chcąc opanować zachowania szkodliwe dla otoczenia, może podejmować działania zaostrzające dyscyplinę (Derella i in., 2020; Lansford i in., 2012). Chociaż bywa to podyktowane troską o właściwe wychowanie, to niestety może prowadzić do efektów odwrotnych do zamierzonych. Trudności w doborze odpowiednich strategii pracy z dziećmi wykazującymi trudne zachowania zrodziły potrzebę znalezienia rozwiązania, które ograniczałoby groźne dla otoczenia i buntownicze zachowania przy jednoczesnym poszanowaniu dla jednostki, która je przejawia.

W artykule przedstawiono model *Proaktywnego rozwiązywania problemów przez współdziałanie* (*Collaborative and Proactive Solutions – CPS*), który nie tylko daje narzędzia terapii, ale również opiera się na zmianie społecznego postrzegania dzieci z trudnościami behawioralnymi. Wcześniej jednak omówiono specyfikę grupy, w której najczęściej wykorzystywany jest on, czyli dzieci przejawiających zachowania opozycyjno-buntownicze oraz ich rodzin i szerszego środowiska. Opis ten poszerzono o umieszczenie ODD w kontekście krzywdzenia dzieci i surowego rodzicielstwa.

Na potrzeby niniejszego artykułu krzywdzenie jest rozumiane jako wszelkie formy przemocy uwzględniane w badaniach, natomiast jako elementy surowego rodzicielstwa, za modelem proponowanym przez Skinner i in. (2005), uznaje się takie cechy jak:

- Odrzucenie – obejmujące czynną niechęć, agresję i wrogość, które przejawiają się w ostrym stosunku do dziecka, drażliwości, nadmiernej reaktywności, dezaprobowaniu oraz w jawnym komunikowaniu negatywnych uczuć wobec dziecka, krytyce, szyderstwie. Odrzucenie może wyrażać się w reakcji na prośby dziecka o pomoc i uwagę lub być inicjowane przez rodzica niezależnie od zachowania dziecka.
- Chaos – wykraczający poza brak struktury i odnoszący się do zachowań rodzicielskich, które są niekonsekwentne, niespójne, chwiejne, nieprzewidywalne, niezgodne z oczekiwaniami, arbitralne lub prowadzące do dezorganizacji.
- Przymus – opisujący restrykcyjny, nadmiernie kontrolujący, intruzywny styl autokratyczny, w którym jest wymagane posłuszeństwo. Obejmuje takie elementy zachowań rodzicielskich jak wykorzystywanie kar, kontrolowanie za pośrednictwem nagród i wywieranie nacisku.

W poszukiwaniu odpowiedzi na pytania o związek surowego rodzicielstwa z ODD uwzględniono również te badania, które wprost odnosiły się do surowego rodzicielstwa, nawet jeśli definiowały je nieco odmiennie, niż nakreślono wcześniej.

## **Krzywdzenie i surowe praktyki rodzicielskie jako czynnik ryzyka rozwoju u dziecka zaburzeń opozycyjno-buntowniczych**

### **Krótką charakterystyka ODD**

Zaburzenia opozycyjno-buntownicze charakteryzują się przewlekłym wzorcem wyraźnie buntowniczego, nieposłusznego, prowokującego lub złośliwego zachowania, który występuje częściej, niż zwykle obserwuje się to u osób w podobnym wieku i na podobnym poziomie rozwoju, oraz nie jest ograniczony do interakcji

z rodzeństwem. Mogą objawiać się przeważającym, uporczywym występowaniem gniewnego nastroju i drażliwości, często występującymi gwałtownymi wybuchami złości lub upartym, kłótliwym i buntowniczym zachowaniem. Wzorzec ten jest na tyle poważny, że powoduje znaczne trudności w funkcjonowaniu w życiu osobistym, rodzinnym, społecznym, edukacyjnym lub zawodowym oraz w innych ważnych obszarach funkcjonowania (World Health Organization [WHO], 2019). Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-11; WHO, 2019) różnicuje ODD z przewlekłą drażliwością-złością oraz bez niej. Jest to zbieżne z wynikami badań mówiącymi, że drażliwość jest jednym z podwymiarów ODD. Model trzywymiarowy kategoryzuje objawy ODD jako zachowania: drażliwe, uparte (*headstrong*) i krzywdzące (*hurtful*; Stringaris i Goodman, 2009). W dwuczynnikowym modelu ODD wyróżniana jest natomiast drażliwość i zachowania opozycyjne (Burke i in., 2014). W innym badaniu wymiar ten nazywany jest zachowaniami buntowniczymi (Waldman i in., 2021) lub okreśłany jako upór/krzywdzenie. Tworzenie modeli tego typu pomaga w szukaniu odpowiedzi na pytania o etiologię, rokowania, ale i potencjalną reakcję na terapię (Stringaris i Goodman, 2009).

Zaburzenia opozycyjno-buntownicze są związane z niższą jakością życia w dzieciństwie (Szentiványi i Balázs, 2018) oraz ze zwiększonym ryzykiem problemów ze zdrowiem psychicznym i fizycznym oraz funkcjonowaniem społecznym na przestrzeni całego życia. Konsekwencje są odczuwalne nie tylko dla osoby, u której rozwija się zaburzenie, ale też dla jej otoczenia społecznego (Hawes i in., 2023). Rozwój ODD przebiega w parze z wyższym ryzykiem depresji i zaburzeń lękowych (Leadbeater i in., 2023; Waldman i in., 2021) – co łączone jest z wymiarem drażliwości ODD (Waldman i in., 2021). Wymiar buntowniczności (uporu/krzywdzenia) z kolei wiązany jest z wyższym ryzykiem używaniem substancji psychoaktywnych (Mikolajewski i in., 2017), nasileniem objawów ADHD i rozwojem zaburzeń zachowania (*conduct disorders* – CD; Waldman i in., 2021). Ponadto wysokie nasilenie cech ODD – w wymiarze zarówno irytacji, jak i zachowań buntowniczych (uporu/krzywdzenia) w dzieciństwie – może poprzedzać rozwój osobowości antyspołecznej (Mikolajewski i in., 2017) i dokonywanie aktów przemocy w dorosłości (Althoff i in., 2014).

## Czynniki ryzyka ODD

Poznanie czynników ryzyka wydaje się jednym z kluczowych zadań przybliżających do skutecznej profilaktyki i terapii ODD. Badania w tym zakresie wskazują na złożoną interakcję czynników genetycznych i środowiskowych (Steiner i in., 2007). Zaburzenie opozycyjno-buntownicze charakteryzuje się wysokim stopniem

dziedziczności (Hudziak i in., 2005) i jednocześnie zachowuje pewne wspólne podłoże genetyczne z CD i ADHD. Chociaż zgłaszano pewne wątpliwości co do zasadności wydzielenia ODD jako odrębnego zjawiska (Burke i in., 2022), dowody wskazują na jego niezależność względem innych zaburzeń (Burke i in., 2022; Dick i in., 2005; Eaves i in., 1997; Tuvblad i in., 2009). W zakresie indywidualnych czynników ryzyka sprawdzano, czy istnieją cechy temperamentu i ich konstelacje, które sprzyjają rozwojowi ODD. Wykazano znaczenie niskiego poziom kontroli wysiłkowej (*effortful control*) i wysokiego poziomu afektu negatywnego (Antúnez i in., 2016; Wichstrøm i in., 2018); rozhamowania (obejmującego impulsywność, niską kontrolę hamowania oraz nieprzestrzeganie zaleceń [*noncompliance*]) i dysforii (Dougherty i in., 2011); wysokiej emocjonalności i wysokiej aktywności (Stringaris i in., 2010); poszukiwania nowości (*novelty seeking*), niskiego poziomu samokierowania (*self-directedness*) i niskiej skłonności do współpracy (Kim i in., 2010), a także poszukiwania nowości, które współwystępuje z wysoką wytrzymałością i wysokim unikaniem szkody (Melegari i in., 2015). W ostatnim z przytoczonych badań ponownie zidentyfikowano pewne zależności dotyczące samokierowania i niskiej skłonności do współpracy. Grupy dzieci z ADHD i z ODD wykazywały mniejszą skłonność do współpracy niż grupa zarówno kontrolna, jak i dzieci ze stanami lękowymi. W wypadku samokierowania niższe wyniki w porównaniu z grupą kontrolną uzyskały natomiast grupy dzieci z ODD i ze stanami lękowymi.

Można zatem powiedzieć, że do rozwoju ODD predysponują skłonność do przeżywania negatywnych emocji i pesymizmu przy jednoczesnym trudzie w kontrolowaniu impulsów, mniejszej skłonności do współpracy i defensywnym, obwiniającym nastawieniu do innych. Ma to swoje odzwierciedlenie w badaniach neurobiologicznych. Noordermeer i in. (2016) w metaanalizie wykazali, że w wypadku osób z ODD (ale również z CD) dochodzi do nieprawidłowości obustronnie w ciele migdałowatym, obustronnie w wyspie, w prawym prążkowie, lewym przyśrodkowym/górnym zakręcie czołowym i lewym przedklunku, czyli w obszarach odpowiedzialnych za przetwarzanie emocji, monitorowanie błędów, samokontrolę oraz empatię i zachowania społeczne. Skutkuje to trudnościami w uczeniu się społecznie akceptowanych zachowań i reakcji, przypisywaniem innym wrogich zamiarów oraz agresywnymi zachowaniami w sytuacjach wystąpienia trudności natury społecznej. Z kolei Hawes i in. (2023), podsumowując doniesienia z badań neurokognitywnych, psychofizjologicznych i z użyciem neuroobrazowania czynnościowego, wskazali na zwiększoną wrażliwość na nagrody i zmniejszoną – na kary. Wymienili przy tym zmniejszoną aktywność i zmienioną strukturę ciała migdałowatego, brzuszno-przyśrodkowej kory przedczołowej i dolnego zakrętu czołowego,

czyli regionów zaangażowanych w przetwarzanie emocji, regulację emocji i hamowanie odpowiedzi. Zatem chociaż w wypadku ODD na pierwszy plan często wysuwają się trudności dziecka w zachowywaniu się zgodnym z zasadami społecznymi, coraz częściej wskazuje się na zasadnicze dla rozwoju ODD znaczenie trudności w regulacji emocji (Dougherty i in., 2011; Hawes i in., 2023; Lin i in., 2018; Lin i in., 2019; Schoorl i in., 2016; Stringaris i in., 2010). Osoby z ODD wykazują także odmienny od przeciętnego wzorzec reakcji na stres (Dorn i in., 2009; Figueiredo i in., 2020; Hawes i in., 2023; Kohrt i in., 2015; Mikołajewski i Scheeringa, 2022; Schoorl i in., 2016; Snoek i in., 2004; Vidal-Ribas i in., 2017). Ponadto różnice międzypłciowe (Dorn i in., 2009; Mikołajewski i Scheeringa, 2022; Vidal-Ribas i in., 2017) oraz współwystępowanie wysokiego poziomu lęku (Schoorl i in., 2016) zdają się dodatkowo komplikować tę zależność. Nie jest również jasne, czy odmienny wzorzec odpowiedzi na stres nie jest wynikiem działania czynników środowiskowych, np. powtarzającej się ekspozycji na stres danego rodzaju prowadzącej do desensytyzacji (Hawes i in., 2023) lub skojarzenia czynników środowiskowych i biologicznych (Figueiredo i in., 2020).

Czynniki środowiskowe i relacyjne były szeroko badane w kontekście rozwoju ODD. Do najczęściej wymienianych należą: niski status ekonomiczno-społeczny (SES; Boden i in., 2010; Forssman i in., 2012; Harvey i in., 2011; Lavigne i in., 2012; Lavigne i in., 2016; Rydell, 2010); niska adaptacyjność i spójność systemu rodzinnego (Lavigne i in., 2012; Lin i in., 2018), niestabilność rodzinna i silne związki z rówieśnikami cechującymi się skłonnością do dewiacji (Boden i in., 2010), niska jakość małżeństwa rodziców (Tang i in., 2017), konflikt małżeński rodziców (Harvey i in., 2011), przemoc partnerska występująca między opiekunami i przemoc fizyczna (ta druga w wypadku dziewczyn; Burnette, 2013), ale również przemoc w stosunku dzieci (Boden i in., 2010), czyli szerzej mówiąc przemoc domowa; uzależnienie opiekuna od alkoholu lub narkotyków (Marmorstein i in., 2009), wrogość rodzicielska (Lavigne i in., 2016), niska jakość relacji rodzic-dziecko (Lin i in., 2018); permissywna dyscyplina (Burke i in., 2008); surowe rodzicielstwo (Lin i in., 2019); problemy adaptacyjne rodziców (Boden i in., 2010); rodzicielska dysregulacja emocjonalna (Lin i in., 2019); w kontekście cech i zachowań matki: palenie tytoniu (Boden i in., 2010), agresja i stosowanie kar cielesnych (Treat i in., 2014), a także afekt negatywny, izolacja (*detached personality style*) i depresja (Nordahl i in., 2007); w wypadku cech i zachowań ojca: lękowość/depresyjność, agresja (Treat i in., 2014). W tym miejscu warto nadmienić, że takie cechy zachowań i postaw rodzicielskich jak responsywność emocjonalna, akceptacja (Burnette, 2013) i wysoki poziom wsparcia (Lavigne i in., 2016) – szczególnie w wypadku dzieci wykazujących wysokie nasilenie

negatywnej efektywności (Frick i Brocki, 2019) – na podstawie wyników badań są zaliczane do czynników ochronnych rozwoju ODD u dzieci.

## Krzywdzenie i surowe praktyki rodzicielskie jako czynnik ryzyka ODD

Jak wynika z przytoczonych danych, krzywdzenie i różne przejawy surowego rodzicielstwa są wskazywane jako możliwe czynniki ryzyka ODD. Związek ten stanowi ważny obszar badań mający istotne konsekwencje dla rozumienia mechanizmów rozwoju tych zaburzeń. Pewne światło na to jak kształtuje się wymieniona zależność rzucają wyniki badań mających na celu opracowanie wielowymiarowych modeli czynników ryzyka i czynników ochronnych. Wskazuje się, że krzywdzenie i negatywne rodzicielstwo mogą mieć bezpośredni i pośredni związek z ODD. W jednym z badań Lavigne i in. (2012) podjęli próbę stworzenia wielowymiarowego modelu dla dzieci w wieku 4 lat, które przejawiały objawy ODD. Model został oparty na czterech kategoriach czynników ryzyka: kontekstowych (SES, konflikt rodzinny, poziom stresu raportowany przez rodziców), cechach rodzica (depresja rodzica), rodzicielskich (wsparcie, wrogość, rusztowanie [*scaffolding*]) i cechach dziecka (afektywność negatywna, kontrola wysiłkowa, kontrola hamowania, regulacja sensoryczna, styl przywiązania). Analizy przyniosły informacje na temat zarówno bezpośrednich, jak i pośrednich związków wymienionych czynników z ODD. Udało się także wyodrębnić długie łańcuchy mediacyjne. Z perspektywy związku, jaki surowe rodzicielstwo ma z ODD, badanie to wskazuje, że wrogość rodzicielska jest istotnie związana z ODD nie tylko w bezpośrednio, ale i pośrednio. Stanowiła ona również element dłuższych łańcuchów mediacyjnych. Status ekonomiczno-społeczny był pośrednio związany z ODD poprzez czynniki kontekstowe stresu, konfliktu i rodzicielskiej depresji, a także wsparcia, rusztowania oraz właśnie rodzicielskiej wrogości. W wypadku stresu i konfliktu ich pośredni związek z ODD dotyczył ścieżki przez depresję rodzica i wymiar rodzicielstwa. Co ważne, wszystkie czynniki wymiaru rodzicielskiego były związane z ODD nie tylko bezpośrednio, ale także pośrednio poprzez czynniki temperamentalne. Odnotowano, że im wyższe są wyniki we wrogości, tym niższe – w kontroli wysiłkowej. Wsparcie wiązało się dodatnio z regulacją sensoryczną i kontrolą wysiłkową oraz ujemnie z efektywnością negatywną, rusztowanie natomiast dodatnio z kontrolą hamowania. Zbliżone zależności w wypadku wrogości rodzicielskiej otrzymano, sprawdzając kaskadowy model czynników ryzyka (badanie podłużne od 4 do 6 r.ż. dzieci; Lavigne i in., 2016). Wrogość rodzicielska w 4 r.ż. wiązała się z wrogością w 5 r.ż., a ta z objawami ODD mierzonymi w 6 r.ż. Ponownie zaobserwowano związek z temperamentem: wyższa wrogość

rodzicielska w 4 r.ż. zwiastowała wyższe nasilenie objawów ODD w 6 r.ż. poprzez ujemny związek z kontrolą wysiłkową w 5 r.ż. Lin i in. (2019) badali związek między rodzicielską dysregulacją emocjonalną, surowymi praktykami rodzicielskimi (przemoc emocjonalna, kary fizyczne), umiejętnościami regulacji emocji dziecka i objawami ODD u dziecka oraz współwystępującymi objawami depresji i agresywnymi zachowaniami. Ich dociekania przyniosły wnioski, w których surowe praktyki rodzicielskie miały zarówno bezpośredni, jak i pośredni związek z objawami ODD u dziecka obserwowanymi w domu oraz objawami depresyjnymi poprzez regulację emocjonalną dziecka. Ponadto wskazano zależność, w której dysregulacja emocjonalna może być przekazywana z rodziców na dzieci bezpośrednio i pośrednio właśnie poprzez surowe rodzicielstwo.

Badania nad temperamentem i regulacją emocjonalną również dostarczają dowodów na związek przemocy i negatywnego rodzicielstwa z cechami jednostki predysponującymi do rozwoju ODD. Choć temperament ma swoje genetyczne podłoże, wyrasta z wczesnych biologicznych różnic między jednostkami i jest relatywnie stały, to istnieją dowody, że może być w pewnym stopniu kształtowany przez kontekst i doświadczenie (Rothbart i Bates, 2006). Badania wskazują na związek surowego rodzicielstwa z mniejszą kontrolą wysiłkową (Olson i in., 2005), drażliwością (Higashiyama i in., 2019; Ravi i in., 2023), negatywną afektywnością (Diaz i in., 2019), niższą zdolnością do samokontroli (Chapple i in., 2021), impulsywnością i kontrolą hamowania (Schütz i Bäker, 2023) oraz niższą zdolnością do samoregulacji (Chang i in., 2003; Morris i in., 2017). Także bycie ofiarą przemocy ma swoje związki z temperamentem i osobowością. Metaanaliza badań nad związkiem bycia ofiarą przemocy w dzieciństwie z impulsywnością potwierdza występowanie takiej zależności (Liu, 2019). Wiktyimizacja wiąże się z niższą zdolnością do samokontroli (Agnew i in., 2011). W innych badaniach wykazano związek różnych przejawów przemocy z: dysregulacją emocjonalną (Lavi i in., 2019), wyższym poziomem poszukiwania nowości (de Carvalho i in., 2015; Schouw i in., 2020), wyższym poziomem unikania szkody (de Carvalho i in., 2015), niższym poziomem samokierowania (de Carvalho i in., 2015; Perna i in., 2014; Rademaker i in., 2008) i niższym poziomem kooperatywności (de Carvalho i in., 2015; Rademaker i in., 2008; Schouw i in., 2020). Cechy te, jak już przedstawiono, są związane z ryzykiem rozwoju ODD.

Na wpływie, jakie mogą mieć zachowania rodzicielskie na funkcjonowanie dziecka, oparty jest jeden z najpopularniejszych modeli rozwoju zachowań agresywnych i zachowań antyspołecznych, który może być z powodzeniem stosowany również w wypadku ODD (Hawes i in., 2023). Teoria przymusu (*coercion theory*), o której mowa, zakłada, że problemy z zachowaniem u dziecka wyrastają z kontekstu



rodzinnego opartego na surowych i niekonsekwentnych strategiach dyscypliny rodzicielskiej (Capaldi in., 1997) oraz ograniczonej pozytywnej reakcji na aprobeowane, nieagresywne zachowania dziecka (Snyder, 1977). Cały proces utrwalania destrukcyjnego sposobu funkcjonowania prowadzącego do zaburzeń zachowania zachodzi w powtarzających się cyklach naprzemiennych negatywnych reakcji rodzica i dziecka, prowadzących do momentu, w którym jedna ze stron „wygra”. Przykładowo negatywna reakcja dziecka spotyka się ze złością i negatywną reakcją rodzica bądź jego wycofaniem, powodując eskalację zachowań dziecka. To z kolei prowadzi do kolejnych negatywnych reakcji rodzica i w konsekwencji do wzmocnienia zachowania dziecka (Snyder i in., 1994; Snyder i in., 1997). Utrwalony schemat funkcjonowania może następnie przenosić się na inne sytuacje społeczne, powodując problemy w relacjach rówieśniczych czy funkcjonowaniu szkolnym. Badania potwierdzają wzajemny wpływ zachowań opozycyjnych i zachowań rodzicielskich oraz ich związku z późniejszymi problemami szkolnymi (Smith i in., 2014). Chociaż teoria ta jest popularna i daje podwaliny pod trening umiejętności wychowawczych (*parent management training* – PMT), który jest jedną z najczęściej wykorzystywanych interwencji w terapii ODD, to zarzuca się jej m.in. zbyt ni nacisk na zachowanie rodzica przy jednoczesnym niewystarczającym uwzględnianiu dziecka jako partnera interakcji i pomijanie transakcyjności relacji rodzic–dziecko (Greene i Ablon, 2016).

W wielu badaniach podejmowano problematykę dwukierunkowości relacji temperamentu z rodzicielstwem (np. Eisenberg i in., 2015; Kiff i in., 2011; Klein i in., 2018; Ryan i Ollendick, 2018). Istnieją dowody, które wskazują, że cechy temperamentu mają potencjał do wywoływania określonych zachowań rodzicielskich, które to z kolei mogą wzmacniać te cechy. Co więcej, może dochodzić również do efektu interakcji między nimi (Kiff i in., 2011). Zależności te będą miały zatem odzwierciedlenie również w zachowaniu dziecka, nasileniu zaburzeń eksternalizacyjnych, a także skuteczności podjętych działań terapeutycznych (Hare i Graziano, 2021).

Modelem uwzględniającym skomplikowane wzajemne wpływy cech rodzica i dziecka jest transakcyjny model rozwoju ODD (Greene i in., 2003). Greene i in., zauważając, że żadna pojedyncza cecha dziecka ani żadna pojedyncza cecha rodzica nie wywołuje ODD w każdym wypadku, przyjmują w tym modelu, że główną przyczyną trudnych zachowań dziecka jest niedopasowanie między nim a rodzicem lub – szerzej – środowiskiem. Cechy dziecka i cechy rodzica są do siebie słabo dopasowane, przyczyniając się w ten sposób do negatywnych zachowań pojawiających się po obu stronach. U dziecka wzmacniane są te cechy i zachowania, które prowadzą do ODD, dorosły natomiast może pogłębiać np. swoje wrogie nastawienie i nasilać surowe praktyki rodzicielskie. To z kolei w dalszym ciągu utrwała i zwiększa

poziom niedopasowania. Taki sposób patrzenia na podłoże ODD ma swoje implikacje praktyczne. Praca w tym modelu będzie ukierunkowana na zmniejszenie niedopasowania dziecka i opiekuna. Sama praca zaś będzie wymagać zaangażowania obu stron (Greene i Ablon, 2016).

Jak widać, ODD są złożonym zjawiskiem, w których etiologii istotną rolę odgrywają czynniki środowiskowe i biologiczne. Badania wskazują, że programy profilaktyczne i terapeutyczne ODD powinny mieć charakter kompleksowy i uwzględniać oddziaływanie na zarówno środowisko, jak i jednostkę (Figueiredo i in., 2020; Hawes i in., 2023). Wzmocnienie kompetencji rodzicielskich wydaje się o tyle ważne, o ile nie każda strategia rodzicielska oparta o zaangażowanie przynosi pozytywne efekty (Lavigne i in., 2016) i jednocześnie w obliczu powtarzających się problemów z zachowaniem rodzice zaostrzają środki wychowawcze, co przynosi efekty odwrotne do porządnych (Derella i in., 2020; Lansford i in., 2012). Równie istotne jest zwiększenie u dziecka poziomu umiejętności, które ze względu na temperament i inne cechy o podłożu biologicznym mogą być niewystarczająco rozwinięte, np. umiejętności związanych z samoregulacją (Chen i in., 2022; Lavigne i in., 2012). Nie bez znaczenia pozostaje oddziaływanie na szersze środowisko, które jeżeli jest wspierające, może być znaczącym czynnikiem ochronnym w obliczu surowego rodzicielstwa (Roubinov i in., 2020; Tung i Lee, 2014). W dalszej części zostanie przedstawiony model, który swoją zawartością odpowiada na wszystkie te zalecenia, czyli *Proaktywne rozwiązywanie problemów przez współdziałanie (Collaborative and Proactive Solutions – CPS)*.

## **Proaktywne rozwiązywanie problemów przez współdziałanie jako propozycja pracy z dziećmi przejawiającymi objawy zaburzeń opozycyjno-buntowniczych i ich środowiskiem**

### **Charakterystyka i podstawowe zasady modelu**

Tradycyjne interwencje dla ODD zazwyczaj skupiają się na modyfikowaniu zachowania dziecka poprzez trening rodzicielski (Eyberg i in., 1995). Badania wskazują jednak, że skuteczniejsze mogą być interwencje zawierające elementy skierowane nie tylko do rodziców, ale także do dzieci i do nauczycieli (Webster-Stratton i in., 2004). Wskazuje się również, że chociaż tradycyjne interwencje mogą być skuteczne w niektórych przypadkach, to jednocześnie mogą, zatrzymując się jedynie na poziomie zachowania, nie docierać do prawdziwych przyczyn ODD, takich jak

trudności z samoregulacją emocjonalną (Greene i Winkler, 2019; Lavigne i in., 2012). Model CPS skupia się na budowaniu relacji i uczeniu dzieci skutecznego zarządzania emocjami i zachowaniem, uwzględniając dopasowanie interwencji do konkretnej rodziny i dziecka (Greene i Doyle, 1999). Proponuje on możliwość współpracy z rodzicami, ale i opiekunami z szerszego środowiska (np. szkoły) w celu zapewnienia im wsparcia i zasobów, których potrzebują, aby pomóc dziecku w jego codziennych wyzwaniach.

Zachowanie (nawet to dla otoczenia najtrudniejsze) jest widziane w tym modelu pracy jako sposób, w który dziecko komunikuje, że istnieje niezgodność między oczekiwaniami, które napotkało, a jego umiejętnościami (Greene i Winkler, 2019). Model opiera się na założeniu, że dzieci spełniają oczekiwania dorosłych, kiedy potrafią to zrobić (Greene, 2014). Kluczowe zatem staje się rozpoznanie obszarów deficytów umiejętności (*lagging skills*), które wyjaśniają zachowanie dziecka (Greene i Ablon, 2016). Innym ważnym zadaniem modelu jest uświadomienie sobie przez dorosłych trzech ścieżek radzenia sobie z niezrealizowanymi (realistycznymi) oczekiwaniami:

1. Narzucenie woli dorosłego (nazywane planem A).
2. Angażowanie dziecka we wspólne rozwiązanie problemu (plan B).
3. Usunięcie lub zmniejszenie oczekiwań (plan C; Greene i Ablon, 2016; Greene i in., 2003).

Istotne jest też rozpoznanie przez dorosłych wpływu każdej z tych trzech metod na interakcje między rodzicami i dziećmi (Greene i in., 2003).

Model ma trzy podstawowe cele:

1. Znaczne zredukowanie częstości, intensywności i czasu trwania impulsywnych epizodów (co może zostać zrealizowane za pośrednictwem planów B i C, ale nie planu A).
2. Podążanie przez dorosłych za swoimi oczekiwaniami (w to wpisują się plany A i B, ale nie plan C).
3. Nabycie przez dziecko umiejętności, których mu brakuje (co może być osiągnięte jedynie za pomocą planu B; Greene i Ablon, 2016).

## Elementy CPS

Bez względu na przestrzeń, w której CPS jest wprowadzane – rodzina, szkoła, ośrodki lecznicze – model obejmuje dwa główne elementy:

1. Zaangażowanie opiekunów w proces rozpoznawania deficytów umiejętności i nierozwiązanych problemów dziecka. Narzędziem wykorzystywanym w tym

celu jest tzw. *Analiza trudności i nierozwiązanych problemów (Assessment of Lagging Skills and Unsolved Problems – ALSUP; Greene i Winkler, 2019)*<sup>1</sup>. Co ważne, deficytów umiejętności nie omawia się z dzieckiem. Mają one być dla dorosłego wskazówką i pomocą w zrozumieniu dziecka. Głównym aspektem pracy z dzieckiem będą nierozwiązane problemy, o których będzie toczyć się rozmowa (Greene, 2020).

2. Pomaganie opiekunom i dzieciom w rozwiązywaniu problemów wspólnie i proaktywnie (Greene i Winkler, 2019).

Deficyty umiejętności, które prowadzą do nierozwiązanych problemów, mogą dotyczyć umiejętności wykonawczych, przetwarzania językowego, regulowania emocji, przystosowania poznawczego lub umiejętności społecznych. Będą to np. trudności w radzeniu sobie ze zmianami, z przejściem od jednego nastawienia lub zadania do drugiego, a także trudności z wykonywaniem działań w logicznej sekwencji lub przewidzianym porządku czy trudności w utrzymaniu skupienia (Greene i Ablon, 2016). Listę trudności wyszczególnionych w ALSUP (Greene, 2020) zawarto w Załączniku A.

Po rozpoznaniu tego deficytowego obszaru możemy już wraz z dzieckiem przystąpić do etapu drugiego, czyli wspólnego szukania rozwiązań. Etap ten to trzy elementy:

1. Empatia – pozwala na zebranie informacji na temat tego, jak dziecko widzi nierozwiązany problem.
2. Zdefiniowanie obaw dorosłego i przekazanie ich dziecku.
3. Zaproszenie – dziecko i opiekun współpracują nad wypracowaniem rozwiązania odpowiadającego na obawy obu stron (Greene i Winkler, 2019).

Ważna jest kolejność elementów i to, aby żaden z nich nie został pominięty. Jeśli pojawią się więcej niż jeden nierozwiązany problem, należy ustalić priorytet każdego z nich i rozwiązywać po jednym problemie na raz (Greene i Ablon, 2016). Więcej o każdym z etapów i kroków modelu można dowiedzieć się w źródłach wymienionych w Załączniku B.

---

1 W książkach przetłumaczonych na język polski nazwa tego narzędzia jest różnie tłumaczona. W niniejszym artykule użyto nazwy przyjętej za: Greene (2014).

## Skuteczność

*California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare* uznał, że model CPS cechuje się potwierdzoną naukowo skutecznością w zakresie terapii zaburzeń zachowania. Z randomizowanych badań z grupą kontrolną (Greene i in., 2004; Murrihy i in., 2019; Murrihy i in., 2023; Ollendick i in., 2016) płyną wnioski, że zastosowanie CPS przynosi co najmniej równoważne wyniki z PMT. Korzystne zmiany zachodziły w zachowaniu dziecka, interakcji rodzic–dziecko i w zakresie kompetencji rodzicielskich (Greene i in., 2004). Poprawa była znacząca w stosunku do grupy z listy oczekujących (Ollendick i in., 2016) i utrzymywała się w 6-miesięcznym okresie obserwacji (Murrihy i in., 2023; Ollendick i in., 2016). Poprawie uległ także poziom rodzicielskiego stresu (Green i in., 2004). Pilotażowe randomizowane badanie z grupą kontrolną w grupie dzieci ze stwierdzoną poważną drażliwością wskazuje na poprawę w zakresie drażliwości dziecka, jakości życia, funkcji wykonawczych i funkcjonowania rodzinnego dzieci z grupy CPS w porównaniu ze standardową opieką (Mulraney i in., 2022).

Nie bez znaczenia w kontekście skuteczności są badania nad czynnikami związanymi efektami zastosowanej terapii. Miller-Slough i in. (2016) sprawdzali znaczenie synchronizacji, rozumianej jako odwrotność niezgodności między rodzicem i dzieckiem, dla efektów terapii rodzin przydzielonych do grupy, w której zastosowano PTM, oraz dla rodzin z grupy CPS. Synchronizacja obserwowana przed terapią była związana ze zmniejszeniem labilności emocjonalnej i agresji po leczeniu obiema metodami, a także poprawą ogólnego funkcjonowania. Booker i in. (2018) skupili się na znaczeniu oceny relacji rodzic–dziecko dla wyniku terapii i – w następstwie – dla poziomu matczynego stresu. Zaobserwowano zależność, w której im bardziej pozytywna była opinia dzieci o rodzicach, tym skuteczniej terapia zmniejszała nasilenie objawów ODD, co z kolei wiązało się ze spadkiem stresu odczuwanego przez matki. W innych badaniach (Booker i in., 2020) również sprawdzano stopień, w jakim relacja rodzic–dziecko przewidyuje wyniki terapii z zastosowaniem CPS w jednej z grup i PMT w drugiej. Tym razem wzięto pod uwagę cztery charakterystyki interakcji rodzic–dziecko: ciepło rodzicielskie, nadzór rodzicielski, wrogość i permissywność. Nadzór rodzicielski przewidywał mniejsze, a permissywność przewidywała większe problemy eksternalizacyjne. Również wrogość rodzicielska (intruzywność i odrzucenie) przewidywała większe problemy eksternalizacyjne oraz i mniejszy rozwój umiejętności adaptacyjnych z wyjątkiem rodzin przydzielonych do modelu CPS. W grupie rodzin przydzielonych do PTM ciepło rodzicielskie przewidywało większy rozwój umiejętności adaptacyjnych u dzieci. Z kolei w badaniach Dedousis-Wallace i in.

(2022) gorsze wyniki terapii (ponownie w przypadku zastosowania zarówno PTM, jak i CPS) były zwiastowane przez wyższe natężenie problemów z zachowaniem, wyższy poziom deficytów umiejętności i niekonsekwentnej dyscypliny. Co ważne, rodziny, w których matki częściej przypisywały problemowe zachowania swojego dziecka czynnikom ściśle z nim związanym, osiągnęły znacznie gorsze wyniki w przy zastosowaniu PMT niż po wdrożeniu CPS po 6-miesięcznej obserwacji.

Skuteczność modelu sprawdzano również w zakresie pracy z dziećmi na oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży. Obserwowano, jak wprowadzenie CPS wpłynie na liczbę interwencji z użyciem środków przymusu bezpośredniego i izolacji. Wykazano znaczne zmniejszenie zarówno liczby interwencji obydwu rodzajów (Greene i in., 2006; Martin i in., 2008; Sams i in., 2016), jak i liczby obrażeń fizycznych personelu (Greene i in., 2006; Martin i in., 2008) i pacjentów (Greene i in., 2006). Przykładowo w jednym z badań (Martin i in., 2008) liczba zajęć z użyciem przymusu fizycznego spadła z 263 do 7 w ciągu roku, a epizodów izolacji z 432 na 133 w ciągu roku. Skrócił się również czas stosowania obu rodzajów interwencji. Zmniejszenie liczby wykorzystywania tego typu metod jest o tyle ważne, o ile badania wskazują na potencjalne negatywne skutki ich stosowania. Poza uszkodzeniami ciała użycie środków przymusu bezpośredniego może być odbierane jako karzące i cechować się potencjałem do wywoływania traumy (Li i in., 2023; Mohr i in., 2003), a także może być destrukcyjne dla relacji pacjent–pielęgniarka oraz zmniejszać przestrzeganie zasad terapii przez pacjenta, co w rezultacie może utrudniać proces leczenia (Li i in., 2023). Dzieci i nastolatki, które podczas hospitalizacji na oddziale psychiatrycznym zostały poddane krępowaniu, doznawały koszmarów nocnych, natrętnych myśli i reakcji unikania, a także przejawiały wyraźne reakcje przestraszenia w niegroźnych sytuacjach łagodnego przytrzymywania. Zgłaszały również bolesne wspomnienia i strach na widok lub dźwięk krępowania innych osób oraz brak zaufania do profesjonalistów w dziedzinie zdrowia psychicznego (Mohr i in., 1998).

Najmniej danych można znaleźć na temat skuteczności CPS w środowisku szkolnym. Częściowo można to tłumaczyć tym, że wprowadzenie CPS do środowiska danej szkoły wymaga wysokiego poziomu zaangażowania, sam proces odznacza się dużą intensywnością (Green i Winkler, 2019) i wymaga zmiany struktur, które wspierają tradycyjną dyscyplinę opartą na sankcjach, a nie proaktywnym rozwiązaniu problemów (Greene i Winkler, w trakcie recenzji). W szkołach, w których udało się wprowadzić CPS, zaobserwowano znaczące zmniejszenie liczby raportów o niewłaściwym zachowaniu ucznia, nakazów pozostania po lekcjach i zawieszek (Green i Winkler, 2019), a w oddziałach edukacji specjalnej radykalnie i trwale ograniczono

liczbę interwencji z użyciem środków przymusu i odosobnienia (Greene i in., w trakcie recenzji).

Podsumowując, CPS wykazuje skuteczność przy zastosowaniu zarówno w rodzinach, jak i w ośrodkach terapeutycznych i szkołach. Pozwala on ograniczyć destrukcyjne zachowania dzieci z ODD, poprawić ich relacje z opiekunami, ale także ograniczyć liczbę interwencji opartych na stosowaniu środków przymusu skierowanych na dzieci w ośrodkach leczniczych i szkołach. Z badań płyną też wnioski, że dzięki formule opartej na odnajdywaniu przyczyn trudnych zachowań i proaktywnym wspólnym szukaniu rozwiązań CPS może być skuteczny wtedy, kiedy PMT i tradycyjne środki dyscyplinujące wydają się mieć ograniczone działanie. A dodatkowo w przypadku tych drugich również działanie prowadzące do narastania problemów, jakie ma dziecko.

## **Propozycja dalszych badań i doskonalenia metody**

Z perspektywy sprawdzania skuteczności modelu CPS istotne wydaje się, przeprowadzenie większej liczby (najlepiej randomizowanych) badań w każdym środowisku, w którym można wdrożyć jego założenia. Ważne wydaje się również poszerzenie badań na temat czynników, które mogą potencjalnie wpływać na skuteczność CPS (Green i Winkler, 2019).

Ponieważ implementacja CPS w szkołach wiąże się z szeroką reorganizacją oraz koniecznością modyfikacji zasad oceniania i podejścia do dyscypliny (Green i Winkler, 2019; Greene, w trakcie recenzji), istotne wydaje się również gromadzenie wiedzy na temat tego, jakie czynniki ułatwiają, a jakie utrudniają wprowadzanie CPS do placówek szkolnych.

Chociaż CPS już teraz wykazuje skuteczność w pomocy dzieciom, które przejawiają trudne zachowania, warto dalej doskonalić metodę i sprawdzać jej zastosowanie również w innych grupach, w których mogłaby okazać się pomocna. Przykładem kroku w tę stronę są prace obejmujące dzieci z rozpoznanym spektrum autyzmu. Z badań Maddox i in. (2018) wynika, że deficyty umiejętności według CPS wyjaśniają znaczną zmienność w trudnych zachowaniach uczestników, a więc terapia trudnych zachowań w tej grupie może uwzględniać dostosowanie wymagań środowiskowych do brakujących umiejętności dziecka. Inne badania dotyczyły oceny satysfakcji z zastosowanych interwencji i ich użyteczności w odbiorze rodziców dzieci będących w spektrum i wykazujących trudne zachowania (Tschida i in., 2021). Wykazano w nich, że CPS może być interwencją ocenianą przez rodziców jako satysfakcjonująca i pomocna (w grupie rodzin, w której IQ dzieci było większe niż 70), a tym samym może być rozwiązaniem alternatywnym wobec powszechnie stosowanej

analizy zachowania (*applied behavior analysis* – ABA). Ponadto w przyszłych badaniach powinno się sprawdzić możliwość dostosowania CPS do charakterystyki pracy z osobami ze spektrum autyzmu, a także określić skuteczność CPS w tym zakresie.

Ponieważ rodzina tworzy system wzajemnych wpływów, warte dokładniejszego sprawdzenia byłoby, jak dokładnie model wpływa na rodziców. Chociaż z badań płyną pewne informacje o poprawie relacji czy komunikacji, a także spadku poziomu rodzicielskiego stresu, warto byłoby głębiej przyjrzeć się skutkom, jakie CPS wywiera na styl rodzicielstwa, rodzicielskie strategie wychowawcze czy stosunek rodziców do dziecka. Potencjalne zmiany w tym aspekcie mogłyby być szansą na trwałą poprawę poziomu dopasowania rodzic–dziecko.

Ważne również może okazać się zbadanie różnic międzykulturowych, które mogą zachodzić w odbiorze CPS, a co za tym idzie wpływać na jego skuteczność. Odnosząc się do ostatniego punktu, pragnę zaznaczyć, że CPS mógłby być odpowiedzią na niektóre z wyzwań zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, z jakimi borykamy się w Polsce. Skierowany nie tylko do rodziców, ale też do szkół, dawałby szansę na pomoc tym dzieciom, którym pomaganie bywa szczególnie trudne. W Polsce wciąż wiele osób daje ciche przyzwolenie dla stosowania kar fizycznych (Makaruk i Drabarek, 2022), a kwestia używania środków przymusu bezpośredniego w placówkach edukacyjnych i szpitalach wciąż wydaje się być kwestią wymagającą doprecyzowania (Kmieciak, 2023). Tym bardziej CPS – dający opiekunom alternatywne strategie wychowawcze i cechujący się potencjałem do ograniczania sytuacji, w których przymus fizyczny jest stosowany – wydaje się być szansą na przynajmniej częściową poprawę sytuacji w tym zakresie.

## Podsumowanie

Wyniki przytoczonych badań dowodzą, że przemoc i surowe praktyki rodzicielskie są istotnymi czynnikami ryzyka rozwoju ODD, a odpowiednio zaplanowane interwencje mają zasadnicze znaczenie w zapobieganiu rozwojowi i eskalacji jego objawów. Model *Proaktywnego rozwiązywania problemów przez współdziałanie* wykazuje obiecujące możliwości jako skuteczna interwencja dla dzieci z ODD i ich opiekunów. Zapewnia on ustrukturyzowaną formę interwencji, umożliwiając terapeutom i rodzinom współpracę opartą na zrozumieniu dla złożoności czynników przyczyniających się do objawów ODD. Poprzez zidentyfikowanie deficytów umiejętności i promowanie pozytywnych relacji rodzic–dziecko CPS może pomóc dzieciom oraz ich opiekunom rozwinąć mechanizmy radzenia sobie niezbędne do skutecznego zarządzania emocjami i zachowaniami. Z kolei zmiana społecznej odbioru dzieci



wykazujących trudne zachowania i promowanie pozytywnych relacji może pomóc przerwać błędne koło przemocy.

E-mail autorki: [justyna.glasnapp@gmail.com](mailto:justyna.glasnapp@gmail.com).

## Bibliografia

- Agnew, R., Scheuerman, H., Grosholz, J., Isom, D., Watson, L., Thaxton, S. (2011). Does victimization reduce self-control? A longitudinal analysis. *Journal of Criminal Justice*, 39, 169–174. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2011.01.005>
- Althoff, R. R., Kuny-Slock, A. V., Verhulst, F. C., Hudziak, J. J., van der Ende, J. (2014). Classes of oppositional-defiant behavior: concurrent and predictive validity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 55(10), 1162–1171. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12233>
- Antúnez, Z., de la Osa, N., Granero, R., Ezpeleta, L. (2016). Parental psychopathology levels as a moderator of temperament and Oppositional Defiant Disorder symptoms in preschoolers. *Journal of Child and Family Studies*, 25(10), 3124–3135. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0461-2>
- Boden, J. M., Fergusson, D. M., Horwood, L. J. (2010). Risk factors for conduct disorder and oppositional/defiant disorder: evidence from a New Zealand birth cohort. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(11), 1125–1133. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.08.005>
- Booker, J. A., Capriola-Hall, N. N., Dunsmore, J. C., Greene, R. W., Ollendick, T. H. (2018). Change in maternal stress for families in treatment for their children with Oppositional Defiant Disorder. *Journal of Child and Family Studies*, 27(8), 2552–2561. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1089-1>
- Booker, J. A., Capriola-Hall, N. N., Greene, R. W., Ollendick, T. H. (2020). The parent-child relationship and posttreatment child outcomes across two treatments for Oppositional Defiant Disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 49(3), 405–419. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1555761>
- Burke, J. D., Boylan, K., Rowe, R., Duku, E., Stepp, S. D., Hipwell, A. E., Waldman, I. D. (2014). Identifying the irritability dimension of ODD: Application of a modified bifactor model across five large community samples of children. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(4), 841–851. <https://doi.org/10.1037/a0037898>

- Burke, J. D., Evans, S. C., Carlson, G. A. (2022). Debate: Oppositional defiant disorder is a real disorder. *Child and Adolescent Mental Health*, 27(3), 297–299. <https://doi.org/10.1111/camh.12588>
- Burke, J. D., Pardini, D. A., Loeber, R. (2008). Reciprocal relationships between parenting behavior and disruptive psychopathology from childhood through adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(5), 679–692. <https://doi.org/10.1007/s10802-008-9219-7>
- Burnette, M. L. (2013). Gender and the development of oppositional defiant disorder: Contributions of physical abuse and early family environment. *Child Maltreatment*, 18(3), 195–204. <https://doi.org/10.1177/1077559513478144>
- Capaldi, D., Chamberlain, P., Patterson, G. R. (1997). Ineffective discipline and conduct problems in males: Association, late adolescent outcomes and prevention. *Aggression and Violent Behavior*, 2(4), 343–353. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(97\)00020-7](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(97)00020-7)
- Chang, L., Schwartz, D., Dodge, K. A., McBride-Chang, C. (2003). Harsh Parenting in Relation to Child Emotion Regulation and Aggression. *Journal of Family Psychology*, 17(4), 598–606. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.17.4.598>
- Chapple, C. L., Pierce H., Jones M. S. (2021). Gender, adverse childhood experiences, and the development of self-control. *Journal of Criminal Justice*, 74, 101811. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2021.101811>
- Chen, H., He, T., Xu, M., Zhao, J., Li, L., Lin, X. (2022). Children's oppositional defiant disorder symptoms make parents difficult to be nice: Longitudinal association among parent emotion regulation, child emotion regulation and children's oppositional defiant disorder symptoms in Chinese children with oppositional defiant disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 27(4), 1155–1169. <https://doi.org/10.1177/13591045211055822>
- de Carvalho, H. W., Pereira, R., Frozi, J., Bisol, L. W., Ottoni, G. L., Lara, D. R. (2015). Childhood trauma is associated with maladaptive personality traits. *Child Abuse & Neglect*, 44, 18–25. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.10.013>
- Dedousis-Wallace, A., Drysdale, S. A. O., McAloon, J., Murrphy, R. C., Greene, R. W., Ollendick, T. H. (2022). Predictors and Moderators Two Treatments of Oppositional Defiant Disorder in Children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 1–16. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/15374416.2022.2127102>
- Derella, O. J., Burke, J. D., Stepp, S. D., Hipwell, A. E. (2020). Reciprocity in Undesirable Parent-Child Behavior? Verbal Aggression, Corporal Punishment, and Girls'

- Oppositional Defiant Symptoms. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 49(3), 420–433. <https://doi.org/10.1080/15374416.2019.1603109>
- Diaz, A., Swingler, M. M., Tan, L., Smith, C. L., Calkins, S. D., Bell, M. A. (2019). Infant frontal EEG asymmetry moderates the association between maternal behavior and toddler negative affectivity. *Infant Behavior & Development*, 55, 88–99. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2019.03.002>
- Dick, D. M., Viken, R. J., Kaprio, J., Pulkkinen, L., Rose, R. J. (2005). Understanding the covariation among childhood externalizing symptoms: genetic and environmental influences on conduct disorder, attention deficit hyperactivity disorder, and oppositional defiant disorder symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(2), 219–229. <https://doi.org/10.1007/s10802-005-1829-8>
- Dorn, L. D., Kolko, D. J., Susman, E. J., Huang, B., Stein, H., Music, E., Bukstein, O. G. (2009). Salivary gonadal and adrenal hormone differences in boys and girls with and without disruptive behavior disorders: Contextual variants. *Biological Psychology*, 81(1), 31–39. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2009.01.004>
- Dougherty, L. R., Bufferd, S. J., Carlson, G. A., Dyson, M., Olino, T. M., Durbin, C. E., Klein, D. N. (2011). Preschoolers' observed temperament and psychiatric disorders assessed with a parent diagnostic interview. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40(2), 295–306. <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.546046>
- Eaves, L. J., Silberg, J. L., Meyer, J. M., Maes, H. H., Simonoff, E., Pickles, A., Rutter, M., Neale, M. C., Reynolds, C. A., Erikson, M. T., Heath, A. C., Loeber, R., Truett, K. R., Hewitt, J. K. (1997). Genetics and developmental psychopathology: 2. The main effects of genes and environment on behavioral problems in the Virginia Twin Study of Adolescent Behavioral Development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 38(8), 965–980. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01614.x>
- Eisenberg, N., Taylor, Z. E., Widaman, K. F., Spinrad, T. L. (2015). Externalizing symptoms, effortful control, and intrusive parenting: A test of bidirectional longitudinal relations during early childhood. *Development and Psychopathology*, 27(4 Pt 1), 953–968. <https://doi.org/10.1017/S0954579415000620>
- Eyberg, S. M., Boggs, S. R., Algina, J. (1995). Parent-child interaction therapy: a psychosocial model for the treatment of young children with conduct problem behavior and their families. *Psychopharmacology Bulletin*, 31(1), 83–91

- Figueiredo, P., Ramião, E., Azeredo, A., Moreira, D., Barroso, R., Barbosa, F. (2020). Relation between basal cortisol and reactivity cortisol with externalizing problems: A systematic review. *Physiology & Behavior*, 225, 113088. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2020.113088>
- Forssman, L., Eninger, L., Tillman, C. M., Rodriguez, A., Bohlin, G. (2012). Cognitive functioning and family risk factors in relation to symptom behaviors of ADHD and ODD in adolescents. *Journal of Attention Disorders*, 16(4), 284–294. <https://doi.org/10.1177/1087054710385065>
- Frick, M. A., Brocki, K. C. (2019). A multi-factorial perspective on ADHD and ODD in school-aged children: What is the role of cognitive regulation, temperament, and parental support? *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 41(9), 933–945. <https://doi.org/10.1080/13803395.2019.1641185>
- Greene, R. W. (2014). *Trudne emocje u dzieci. Jak wspólnie rozwiązywać problemy w domu i w szkole*. Edgar.
- Greene, R. W. (2020). *The Assessment of Lagging Skills and Unsolved Problems (ALSUP)*. Lives in the Balance. <https://livesinthebalance.org/wp-content/uploads/2021/06/ALSUP-2020-1.pdf>
- Greene, R. W., Ablon, J. S. (2016). *Terapia dzieci impulsywnych*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Greene, R. W., Ablon, J. S., Goring, J. C. (2003). A transactional model of oppositional behavior: underpinnings of the Collaborative Problem Solving approach. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(1), 67–75. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(02\)00585-8](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(02)00585-8)
- Greene, R. W., Ablon, J. S., Goring, J. C., Raezer-Blakely, L., Markey, J., Monuteaux, M. C., Henin, A., Edwards, G., Rabbitt, S. (2004). Effectiveness of Collaborative Problem Solving in Affectively Dysregulated Children With Oppositional-Defiant Disorder: Initial Findings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1157–1164. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.6.1157>
- Greene, R. W., Ablon, J. S., Hassuk, B., Regan, K. M., Martin, A. (2006). Innovations: child & adolescent psychiatry: Use of collaborative problem solving to reduce seclusion and restraint in child and adolescent inpatient units. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 57(5), 610–612. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.5.610>
- Greene, R. W., Doyle, A. E. (1999). Toward a transactional conceptualization of oppositional defiant disorder: Implications for assessment and treatment. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2(3), 129–148. <https://doi.org/10.1023/a:1021850921476>

- Greene, R. W., Hall, A., O'Leary, H. (w trakcie recenzji). *Reducing Restraints and Seclusions in Schools: Implementation of Collaborative & Proactive Solutions in One School System*.
- Greene, R. W., Winkler, J. (w trakcie recenzji). *Reducing Discipline Referrals: Collaborative & Proactive Solutions in Four Schools*.
- Greene, R., Winkler, J. (2019). Collaborative & Proactive Solutions (CPS): A Review of Research Findings in Families, Schools, and Treatment Facilities. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 22(4), 549–561. <https://doi.org/10.1007/s10567-019-00295-z>
- Hawes, D. J., Gardner, F., Dadds, M. R., Frick, P. J., Kimonis, E. R., Burke, J. D., Fairchild, G. (2023). Oppositional defiant disorder. *Nature Reviews. Disease Primers*, 9(1), 31. <https://doi.org/10.1038/s41572-023-00441-6>
- Hare, M. M., Graziano, P. A. (2021). Treatment Response among Preschoolers with Disruptive Behavior Disorders: The Role of Temperament and Parenting. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 50(6), 950–965. <https://doi.org/10.1080/15374416.2020.1846540>
- Harvey, E. A., Metcalfe, L. A., Herbert, S. D., Fanton, J. H. (2011). The role of family experiences and ADHD in the early development of oppositional defiant disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(6), 784–795. <https://doi.org/10.1037/a0025672>
- Higashiyama, M., Hayashida, T., Sakuta, K., Fujimura, Y., Masuya, J., Ichiki, M., Tanabe, H., Kusumi, I., Inoue, T. (2019). Complex effects of childhood abuse, affective temperament, and subjective social status on depressive symptoms of adult volunteers from the community. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 15, 2477–2485. <https://doi.org/10.2147/NDT.S209100>
- Hudziak, J. J., Derks, E. M., Althoff, R. R., Copeland, W., Boomsma, D. I. (2005). The genetic and environmental contributions to oppositional defiant behavior: a multi-informant twin study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(9), 907–914. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000169011.73912.27>
- Kiff, C. J., Lengua, L. J., Zalewski, M. (2011). Nature and nurturing: parenting in the context of child temperament. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(3), 251–301. <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0093-4>
- Kim, H. W., Cho, S. C., Kim, B. N., Kim, J. W., Shin, M. S., Yeo, J. Y. (2010). Does oppositional defiant disorder have temperament and psychopathological

- profiles independent of attention deficit/hyperactivity disorder? *Comprehensive Psychiatry*, 51(4), 412–418. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.09.002>
- Klein, M. R., Lengua, L. J., Thompson, S. F., Moran, L., Ruberry, E. J., Kiff, C., Zalewski, M. (2018). Bidirectional Relations Between Temperament and Parenting Predicting Preschool-Age Children's Adjustment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 47(sup1), S113–S126. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1169537>
- Kmieciak, B. (2023). Możliwość stosowania przymusu bezpośredniego wobec dzieci z zaburzeniami rozwojowymi ze spektrum autyzmu w placówkach oświatowych – refleksja w kierunku zmiany. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 22(1), 120–138.
- Kohrt, B. A., Hruschka, D. J., Kohrt, H. E., Carrion, V. G., Waldman, I. D., Worthman, C. M. (2015). Child abuse, disruptive behavior disorders, depression, and salivary cortisol levels among institutionalized and community-residing boys in Mongolia. *Asia-Pacific Psychiatry: Official Journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists*, 7(1), 7–19. <https://doi.org/10.1111/appy.12141>
- Langbehn, D. R., Cadoret, R. J., Yates, W. R., Troughton, E. P., Stewart, M. A. (1998). Distinct contributions of conduct and oppositional defiant symptoms to adult antisocial behavior: evidence from an adoption study. *Archives of General Psychiatry*, 55(9), 821–829. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.9.821>
- Lansford, J. E., Wager, L. B., Bates, J. E., Pettit, G. S., Dodge, K. A. (2012). Forms of spanking and children's externalizing behaviors. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 61(2), 224–236. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2011.00700.x>
- Lavigne, J. V., Gouze, K. R., Hopkins, J., Bryant, F. B., LeBailly, S. A. (2012). A multi-domain model of risk factors for ODD symptoms in a community sample of 4-year-olds. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(5), 741–757. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9603-6>
- Lavigne, J. V., Gouze, K. R., Hopkins, J., Bryant, F. B. (2016). A multidomain cascade model of early childhood risk factors associated with oppositional defiant disorder symptoms in a community sample of 6-year-olds. *Development and Psychopathology*, 28(4pt2), 1547–1562. <https://doi.org/10.1017/S0954579415001194>
- Lavi, I., Katz, L. F., Ozer, E. J., Gross, J. J. (2019). Emotion Reactivity and Regulation in Maltreated Children: A Meta-Analysis. *Child Development*, 90(5), 1503–1524. <https://doi.org/10.1111/cdev.13272>

- Leadbeater, B. J., Merrin, G. J., Contreras, A., Ames, M. E. (2023). Trajectories of oppositional defiant disorder severity from adolescence to young adulthood and substance use, mental health, and behavioral problems. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Journal de l'Academie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 32(4), 224–235.
- Li, S., Ye, J., Yuan, L., Wang, H., Wang, T., Wu, C., Xiao, A. (2023). Perspectives on physical restraint in psychiatric hospital: A qualitative study of mentally ill patients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 32(6), 1773–1778. <https://doi.org/10.1111/inm.13205>
- Lin, X., Li, L., Heath, M. A., Chi, P., Xu, S., Fang, X. (2018). Multiple levels of family factors and oppositional defiant disorder symptoms among chinese children. *Family Process*, 57(1), 195–210. <https://doi.org/10.1111/famp.12269>
- Lin, X., Li, Y., Xu, S., Ding, W., Zhou, Q., Du, H., Chi, P. (2019). Family risk factors associated with oppositional defiant disorder symptoms, depressive symptoms, and aggressive behaviors among chinese children with oppositional defiant disorder. *Frontiers in Psychology*, 10, 2062. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02062>
- Liu, R. T. (2019). Childhood maltreatment and impulsivity: A meta-analysis and recommendations for future study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47(2), 221–243. <https://doi.org/10.1007/s10802-018-0445-3>
- Maddox, B. B., Cleary, P., Kuschner, E. S., Miller, J. S., Armour, A. C., Guy, L., Kenworthy, L., Schultz, R. T., Yerys, B. E. (2018). Lagging skills contribute to challenging behaviors in children with autism spectrum disorder without intellectual disability. *Autism: the International Journal of Research and Practice*, 22(8), 898–906. <https://doi.org/10.1177/1362361317712651>
- Makaruk, K., Drabarek, K. (2022). *Postawy wobec kar fizycznych i ich stosowanie. Raport z badań*. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę. <https://fdds.pl/co-robimy/raporty-z-badan/2022/postawy-wobec-kar-fizycznych-i-ich-stosowanie.html>
- Marmorstein, N. R., Iacono, W. G., McGue, M. (2009). Alcohol and illicit drug dependence among parents: associations with offspring externalizing disorders. *Psychological Medicine*, 39(1), 149–155. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003085>
- Martin, A., Krieg, H., Esposito, F., Stubbe, D., Cardona, L. (2008). Reduction of restraint and seclusion through collaborative problem solving: a five-year prospective inpatient study. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 59(12), 1406–1412. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.12.1406>
- Melegari, M. G., Nanni, V., Lucidi, F., Russo, P. M., Donfrancesco, R., Cloninger, C. R. (2015). Temperamental and character profiles of preschool children with ODD,

- ADHD, and anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 58, 94–101. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.01.001>
- Mikolajewski, A. J., Scheeringa, M. S. (2022). Links between Oppositional Defiant Disorder Dimensions, Psychophysiology, and Interpersonal versus Non-interpersonal Trauma. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 44(1), 261–275. <https://doi.org/10.1007/s10862-021-09930-y>
- Mikolajewski, A. J., Taylor, J., Iacono, W. G. (2017). Oppositional defiant disorder dimensions: genetic influences and risk for later psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 58(6), 702–710. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12683>
- Miller-Slough, R. L., Dunsmore, J. C., Ollendick, T. H., Greene, R. W. (2016). Parent-child synchrony in children with oppositional defiant disorder: Associations with treatment outcomes. *Journal of Child and Family Studies*, 25(6), 1880–1888. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0356-7>
- Milner, J. S., Crouch, J. L., McCarthy, R. J., Ammar, J., Dominguez-Martinez, R., Thomas, C. L., & Jensen, A. P. (2022). Child physical abuse risk factors: A systematic review and a meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 66, 101778. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2022.101778>
- Mohr, W. K., Mahon, M. M., Noone, M. J. (1998). A restraint on restraints: The need to reconsider the use of restrictive interventions. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12(2), 95–106. [https://doi.org/10.1016/s0883-9417\(98\)80059-9](https://doi.org/10.1016/s0883-9417(98)80059-9)
- Mohr, W. K., Petti, T. A., Mohr, B. D. (2003). Adverse effects associated with physical restraint. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 48(5), 330–337. <https://doi.org/10.1177/070674370304800509>
- Morris, A. S., Criss, M. M., Silk, J. S., Houlberg, B. J. (2017). The impact of parenting on emotion regulation during childhood and adolescence. *Child Development Perspectives*, 11(4), 233–238. <https://doi.org/10.1111/cdep.12238>
- Mulraney, M., Sciberras, E., Payne, J. M., De Luca, C., Mills, J., Tennant, M., Coghill, D. (2022). Collaborative and Proactive Solutions compared with usual care to treat irritability in children and adolescents: A pilot randomized controlled trial. *Clinical Psychologist*, 26(2), 231–239. <https://doi.org/10.1080/13284207.2022.2041983>
- Murrihy, R. C., Dedousis-Wallace, A., Ollendick, T. H., Greene, R. W., McAloon, J., Remond, L., Drysdale, S. (2019). *Parent Management Training (PMT) & Collaborative and Proactive Solutions (CPS): A Randomised Comparison Trial for Oppositional Youth within an Australian population*. Ninth World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, Berlin, Germany.



- Murrihy, R. C., Drysdale, S. A. O., Dedousis-Wallace, A., Rémond, L., McAloon, J., Ellis, D. M., Halldorsdottir, T., Greene, R. W., Ollendick, T. H. (2023). Community-delivered collaborative and proactive solutions and parent management training for oppositional youth: A randomized trial. *Behavior Therapy*, 54(2), 400–417. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.10.005>
- Noordermeer, S. D., Luman, M., Oosterlaan, J. (2016). A systematic review and meta-analysis of neuroimaging in oppositional defiant disorder (ODD) and conduct disorder (CD) Taking attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) into account. *Neuropsychology Review*, 26(1), 44–72. <https://doi.org/10.1007/s11065-015-9315-8>
- Nordahl, H. M., Ingul, J. M., Nordvik, H., Wells, A. (2007). Does maternal psychopathology discriminate between children with DSM-IV generalised anxiety disorder or oppositional defiant disorder? The predictive validity of maternal axis I and axis II psychopathology. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16(2), 87–95. <https://doi.org/10.1007/s00787-006-0578-8>
- Ollendick, T. H., Greene, R. W., Austin, K. E., Fraire, M. G., Halldorsdottir, T., Allen, K. B., Jarrett, M. A., Lewis, K. M., Whitmore Smith, M., Cunningham, N. R., Noguchi, R. J., Canavera, K., Wolff, J. C. (2016). Parent management training and collaborative & proactive solutions: A randomized control trial for oppositional youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 45(5), 591–604. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1004681>
- Olson, S. L., Sameroff, A. J., Kerr, D. C., Lopez, N. L., Wellman, H. M. (2005). Developmental foundations of externalizing problems in young children: the role of effortful control. *Development and Psychopathology*, 17(1), 25–45. <https://doi.org/10.1017/s0954579405050029>
- Pekdoğan, S., Kanak, M. (2022). Child temperament as a predictor of parents' potential for emotional abuse. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 210(5), 330–334. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001449>
- Perna, G., Vanni, G., Di Chiaro, N. V., Cavedini, P., Caldirola, D. (2014). Childhood trauma, temperament, and character in subjects with major depressive disorder and bipolar disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(9), 695–698. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000186>
- Rademaker, A. R., Vermetten, E., Geuze, E., Mulwijk, A., Kleber, R. J. (2008). Self-reported early trauma as a predictor of adult personality: a study in a military

- sample. *Journal of Clinical Psychology*, 64(7), 863–875. <https://doi.org/10.1002/jclp.20495>
- Ravi, S., Havewala, M., Kircanski, K., Brotman, M. A., Schneider, L., Degnan, K., Almas, A., Fox, N., Pine, D. S., Leibenluft, E., Filippi, C. (2023). Parenting and childhood irritability: Negative emotion socialization and parental control moderate the development of irritability. *Development and Psychopathology*, 35(3), 1444–1453. <https://doi.org/10.1017/S0954579421001346>
- Rothbart, M. K., Bates, J. E. (2006) Temperament. W: N. Eisenberg, W. Damon, R. M. Lerner (red.), *Handbook of Child Psychology* (s. 99–166). Wiley.
- Roubinov, D. S., Boyce, W. T., Bush, N. R. (2020). Informant-specific reports of peer and teacher relationships buffer the effects of harsh parenting on children's oppositional defiant disorder during kindergarten. *Development and Psychopathology*, 32(1), 163–174. <https://doi.org/10.1017/S0954579418001499>
- Ryan, S. M., Ollendick, T. H. (2018). The interaction between child behavioral inhibition and parenting behaviors: Effects on internalizing and externalizing symptomology. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 21(3), 320–339. <https://doi.org/10.1007/s10567-018-0254-9>
- Rydell, A. M. (2010). Family factors and children's disruptive behaviour: an investigation of links between demographic characteristics, negative life events and symptoms of ODD and ADHD. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(2), 233–244. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0060-2>
- Sams, D. P., Garrison, D., Bartlett, J. (2016). Innovative strength-based care in child and adolescent inpatient psychiatry. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing: Official Publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc*, 29(3), 110–117. <https://doi.org/10.1111/jcap.12147>
- Scaramella, L. V., Leve, L. D. (2004). Clarifying parent-child reciprocities during early childhood: the early childhood coercion model. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7(2), 89–107. <https://doi.org/10.1023/b:ccfp.0000030287.13160.a3>
- Schoorl, J., van Rijn, S., de Wied, M., van Goozen, S., Swaab, H. (2016). Emotion regulation difficulties in boys with oppositional defiant disorder/conduct disorder and the relation with comorbid autism traits and attention deficit traits. *PLoS One*, 11(7), e0159323. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159323>
- Schouw, J. E. M. C., Verkes, R. J., Schene, A. H., Schellekens, A. F. A. (2020). The relationship between childhood adversity and adult personality revealed by network analysis. *Child Abuse & Neglect*, 99, 104254. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104254>

- Schütz, J., Bäker, N. (2023). Associations between Parenting, Temperament-Related Self-Regulation and the Moral Self in Middle Childhood. *Children (Basel, Szwajcaria)*, 10(2), 302. <https://doi.org/10.3390/children10020302>
- Skinner, E., Johnson, S., Snyder, T. (2005). Six dimensions of parenting: A motivational model. *Parenting: Science and Practice*, 5(2), 175–235. [https://doi.org/10.1207/s15327922par0502\\_3](https://doi.org/10.1207/s15327922par0502_3)
- Smith, J. D., Dishion, T. J., Shaw, D. S., Wilson, M. N., Winter, C. C., Patterson, G. R. (2014). Coercive family process and early-onset conduct problems from age 2 to school entry. *Development and Psychopathology*, 26(4 Pt 1), 917–932. <https://doi.org/10.1017/S0954579414000169>
- Snoek, H., Van Goozen, S. H., Matthys, W., Buitelaar, J. K., van Engeland, H. (2004). Stress responsivity in children with externalizing behavior disorders. *Development and Psychopathology*, 16(2), 389–406. <https://doi.org/10.1017/S0954579404044578>
- Snyder, J., Edwards, P., McGraw, K., Kilgore, K., Holton, A. (1994). Escalation and reinforcement in mother-child conflict: Social processes associated with the development of physical aggression. *Development and Psychopathology*, 6(2), 305–321. <https://doi.org/10.1017/S0954579400004600>
- Snyder, J., Schrepferman, L., St Peter, C. (1997). Origins of antisocial behavior. Negative reinforcement and affect dysregulation of behavior as socialization mechanisms in family interaction. *Behavior Modification*, 21(2), 187–215. <https://doi.org/10.1177/01454455970212004>
- Snyder, J. J. (1977). Reinforcement analysis of interaction in problem and nonproblem families. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(5), 528–535. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.86.5.528>
- Steiner, H., Remsing, L., Work Group on Quality Issues (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(1), 126–141. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000246060.62706.af>
- Stringaris, A., Goodman, R. (2009). Three dimensions of oppositionality in youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 50(3), 216–223. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01989.x>
- Stringaris, A., Maughan, B., Goodman, R. (2010). What is a disruptive disorder? Temperamental antecedents of oppositional defiant disorder: Findings from the Avon Longitudinal Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(5), 474–483. <https://doi.org/10.1097/00004583-201005000-00008>

- Szentiványi, D., Balázs, J. (2018). Quality of life in children and adolescents with symptoms or diagnosis of conduct disorder or oppositional defiant disorder. *Mental Health and Prevention*, 10, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2018.02.001>
- Tang, Y., Lin, X., Chi, P., Zhou, Q., Hou, X. (2017). Multi-level family factors and affective and behavioral symptoms of oppositional defiant disorder in chinese children. *Frontiers in Psychology*, 8, 1123. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01123>
- Trepat, E., Granero, R., Ezpeleta, L. (2014). Parenting practices as mediating variables between parents' psychopathology and oppositional defiant disorder in preschoolers. *Psicothema*, 26(4), 497–504. <https://doi.org/10.7334/psicothema2014.102>
- Tschida, J. E., Maddox, B. B., Bertollo, J. R., Kuschner, E. S., Miller, J. S., Ollendick, T. H., Greene, R. W., Yerys, B. E. (2021). Caregiver perspectives on interventions for behavior challenges in autistic children. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 81, artykuł 101714. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2020.101714>
- Tung, I., Lee, S. S. (2014). Negative parenting behavior and childhood oppositional defiant disorder: differential moderation by positive and negative peer regard. *Aggressive Behavior*, 40(1), 79–90. <https://doi.org/10.1002/ab.21497>
- Tuvblad, C., Zheng, M., Raine, A., Baker, L. A. (2009). A common genetic factor explains the covariation among ADHD ODD and CD symptoms in 9–10 year old boys and girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(2), 153–167. <https://doi.org/10.1007/s10802-008-9278-9>
- Vidal-Ribas, P., Pickles, A., Tibu, F., Sharp, H., Hill, J. (2017). Sex differences in the associations between vagal reactivity and oppositional defiant disorder symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 58(9), 988–997. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12750>
- Waldman, I. D., Rowe, R., Boylan, K., Burke, J. D. (2021). External validation of a bifactor model of oppositional defiant disorder. *Molecular Psychiatry*, 26(2), 682–693. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0294-z>
- Wichstrøm, L., Penelo, E., Rensvik Viddal, K., Osa, N., Ezpeleta, L. (2018). Explaining the relationship between temperament and symptoms of psychiatric disorders from preschool to middle childhood: Hybrid fixed and random effects models of Norwegian and Spanish children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(3), 285–295. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12772>
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J., Hammond, M. (2004). Treating children with early-onset conduct problems: intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American*

*Psychological Association, Division 53, 33(1), 105–124. [https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3301\\_11](https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3301_11)*

World Health Organization. (2019). 6C90 Oppositional defiant disorder. W: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11 wyd.). <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f1487528823>

## When violence begets violence – child abuse and harsh parenting practices as risk factors for the development of oppositional-defiant disorder. The Collaborative & Proactive Solutions – a method of working with the child and their environment

*Oppositional Defiant Disorder (ODD) is characterized by chronic patterns of disobedient, malicious, or provocative behaviors. Without appropriate therapeutic intervention, these behaviors may become ingrained and escalate, leading to delinquent behaviors or even the development of antisocial personality disorders. While various factors contribute to ODD, the interaction between a child's individual characteristics and the environment in which they grow up appears particularly crucial. Children more likely to exhibit difficult behaviors are also more likely to be exposed to violence and harsh parenting practices. This, in turn, can lead to even more unwanted behaviors and the entrenchment of destructive behavior patterns. Due to the complexity of ODD, therapy should address not only the child but also the family and school environment. This article has two goals. The first is to investigate the relationship between child abuse and harsh parenting and the development of ODD. The second is to present the Collaborative & Proactive Solutions (CPS) model, which is an evidence-based approach that helps to understand the causes of difficult behaviors and overcome underlying difficulties.*

### KEYWORDS

COLLABORATIVE & PROACTIVE SOLUTIONS, VIOLENCE, CHILD ABUSE, HARSH PARENTING, OPPOSITIONAL DEFIANT DISORDER

### Cytowanie:

Glasnapp, J. (2024). Kiedy przemoc rodzi przemoc – krzywdzenie i surowe praktyki wychowawcze jako czynnik ryzyka rozwoju zaburzeń opozycyjno-buntowniczych. Model Proaktywnego rozwiązywania problemów przez współdziałanie – metoda pracy z dzieckiem i jego środowiskiem. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 23(1), 75–106.



Artykuł jest dostępny na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa–Użycie niekomercyjne–Bez utworów zależnych 3.0 Polska.



Sfinansowano ze środków Funduszu Sprawiedliwości, którego dysponentem jest Minister Sprawiedliwości

Sfinansowana ze środków organizacji Plan International przekazanych przez Disasters Emergency Committee

## Załącznik A

Lista trudności (deficytów umiejętności):

- Trudności w utrzymaniu skupienia.
- Trudności w radzeniu sobie ze zmianami, przechodzeniem z jednego nastawienia lub zadania na drugie.
- Trudności w przewidywaniu prawdopodobnych wyników lub konsekwencji działań (impulsywność).
- Trudności z wytrwaniem w trudnych lub żmudnych zadaniach.
- Trudność w uwzględnianiu różnych możliwych rozwiązań problemu.
- Trudności w wyrażaniu obaw, potrzeb lub myśli słowami.
- Trudności w radzeniu sobie z emocjonalną reakcją na frustrację, tak aby myśleć racjonalnie.
- Przewlekła drażliwość lub niepokój znacząco utrudniają zdolność rozwiązywania problemów lub zwiększają frustrację.
- Trudności sensoryczne/motoryczne.
- Trudności w dostrzeganiu „odcieni szarości” – konkretne, dosłowne, czarno-białe myślenie.
- Trudność w uwzględnieniu czynników sytuacyjnych, które sugerowałyby konieczność dostosowania planu działania.
- Sztywne, nieściśle interpretacje/zniekształcenia poznawcze lub uprzedzenia (np. „Wszyscy chcą mnie dopaść”, „Nikt mnie nie lubi”).
- Trudności w dostrzeganiu lub właściwym interpretowaniu sygnałów społecznych – słabe dostrzeganie niuansów społecznych.
- Trudność w dostrzeganiu wpływu własnych zachowań na innych.
- Trudności w odejściu od pierwotnego pomysłu, planu lub rozwiązania.
- Trudności w rozpoczynaniu rozmów, dołączaniu do grup, nawiązywaniu kontaktu z ludźmi – braki w innych podstawowych umiejętności społecznych.
- Trudności z empatią – dostrzeganiem perspektywy lub punktu widzenia innej osoby.
- Trudność w radzeniu sobie z nieprzewidywalnością, niejednoznacznością, niepewnością, nowością.

Listę sporządzono na podstawie narzędzia ALSUP (Greene,2020). Tłumaczenie autorki.

## Załącznik B

Piśmiennictwo w języku polskim:

- Greene, R. W., Ablon, J. S. (2016). *Terapia dzieci impulsywnych*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Greene, R. W. (2019). *Zagubieni w szkole. Jak odkryć źródła szkolnych trudności dziecka i pomóc mu je przezwyciężyć*. Mania.
- Greene, R. W. (2014). *Trudne emocje u dzieci. Jak wspólnie rozwiązywać problemy w domu i w szkole*. Edgar.
- Greene, R. W. (2019). *Porozumienie przez współpracę. Jak stworzyć partnerską relację ze swoim dzieckiem*. Mania.

Źródła internetowe, aplikacje:

- <https://drrossgreene.com/> – strona internetowa dr Rossa Greene’a, twórcy CPS.
- <https://cpsconnection.com/> – strona internetowa modelu CPS.
- <https://livesinthebalance.org/> – strona internetowa organizacji propagującej model CPS i działającej na rzecz zmniejszenia represyjnych, wykluczających praktyk dyscyplinarnych w szkołach, rodzinach i placówkach terapeutycznych.
- <https://apps.apple.com/us/app/lens-changer-new/id1569130814> – aplikacja na system iOS pomagająca w stosowaniu CPS (ostatnia aktualizacja: lipiec 2021 r.).
- <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.livesinthebalance.lenschangers> – aplikacja na system Android (ostatnia aktualizacja: lipiec 2021 r.).