

ZACHOWANIA AGRESYWNE DZIECI I MŁODZIEŻY UJĘCIE KLINICZNO-ROZWOJOWE

Iwona Grzegorzewska

Institut Psychologii, Uniwersytet Zielonogórski
Institute of Psychology, University of Zielona Gora

AGGRESSIVE BEHAVIOR IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE. THE CLINICAL-DEVELOPMENTAL PERSPECTIVE

Summary. This article reviews the current research of literature on aggression in childhood and adolescence. The research suggests that a common characteristic of all seriously aggressive children is that they have intense negative effects on the people who interact with them. The longitudinal research has indicated that aggressive behavior is quite stable during childhood and adolescence, and aggression is more consistent over time than most of the other behavioral patterns. Furthermore, aggressive children are referred to school interventions and mental health services at higher rates than children with other forms of psychopathology. The analysis of aggressive behavior of children and adolescents from clinical and developmental points of view is important for assessment of the factors related to a child's aggressive tendencies and a comprehensive treatment plan design.

Key words: aggression, risk and protective factors, development of aggression, clinical assessment

Wprowadzenie

Agresja ujawniana przez młodych ludzi od lat znajduje się w centrum zainteresowania psychologów, rodziców i nauczycieli. I chociaż wyniki badań pokazują, że poziom agresji wśród dzieci i młodzieży w ostatnich latach utrzymuje się na mniej więcej tym samym poziomie (Mazur, Małkowska-Szkutnik, 2011; Giza-Poleszczuk, Komendant-Brodowska, Baczko-Dombi, 2011), zachowania agresywne są jednym z najczęściej dyskutowanych problemów, zarówno w obszarze badań naukowych i doniesień klinicznych, jak i w kulturze popularnej, a zwłaszcza w mediach. Dzieje się tak z kilku powodów. Po pierwsze wspólną cechą agresywnych dzieci jest wywieranie przez nich bardzo silnego, negatywnego wpływu na inne osoby będące z nimi w interakcji (rodziców, rówieśników, nauczycieli). Powoduje to duży dyskomfort u osób dorosłych, a tym samym wymusza potrzebę zgłębiania tematu. Po drugie zachowania agresywne dzieci są zachowaniami względnie sta-

Adres do korespondencji: Iwona Grzegorzewska, e-mail, igrzegor@uz.zgora.pl

bilnymi w czasie i konsekwentnie stanowią początek poważniejszych trudności, a nawet zaburzeń psychicznych. I ostatecznie, jak wynika z raportu Amerykańskiego Departamentu Zdrowia około 10% wszystkich dzieci amerykańskich przejawia zaburzenia, ale tylko 20% z nich otrzymuje właściwą pomoc (US Department..., 2001). W Polsce brak jest takich danych, ale można domniemywać, że sytuacja jest podobna. Argumenty te podkreślają zatem konieczność wczesnego rozpoznawania, właściwej diagnozy i odpowiedniej terapii zachowań agresywnych.

Trudności w charakterystyce zachowań agresywnych

Zgodnie z klasyczną definicją Bandury agresję można definiować jako ogół zachowań (werbalnych lub fizycznych), głównie o charakterze interpersonalnym, ukierunkowanych na wyrządzenie krzywdy sobie, innym lub niszczenie przedmiotów (Bandura, 1973). Kluczowym aspektem tej definicji jest zamiar i intencjonalność. Dalsze próby doprecyzowania kryteriów dotyczących zachowań agresywnych doprowadziły do określenia agresji jako zachowań, które dodatkowo cechują się motywacją uniknięcia szkodliwego potraktowania przez osobę będącą obiektem działania (Krahe, 2006). Jest to propozycja Tedeshiego i Felsona (1994) ujmująca agresję szerzej, jako działania z przymusem dokonujące się w interakcji społecznej. Ich podstawowe formy to kara, groźba i siła fizyczna. Zachowania agresywne mogą mieć zróżnicowany charakter, począwszy od problemów z regulacją impulsów i emocji po poważne naruszenie granic drugiej osoby. Zachowania agresywne obejmują szeroki wachlarz zachowań (agresję fizyczną, werbalną i relacyjną), jak na przykład dokuczanie czy złośliwe obgadywanie, wykluczenie kogoś, kłótnie, przemoc, zarówno werbalną (wyzwiska), jak i fizyczną (popychanie), grożenie, uderzenie w złości, wykorzystanie strategii „silnej ręki” (otrzymanie tego, czego chce) czy też angażowanie się w poważne bójki (Dodge i in., 2006).

Wszystkie formy agresji mogą pojawiać się z różnych psychologicznie powodów. Agresja może być odpowiedzią na zachowanie innych oceniane jako prowokacja (np. „uderzyłem go, bo mnie popchnął”). Jest to tzw. agresja reaktywna. Inny rodzaj agresji (instrumentalna) służy wykorzystywaniu jej do osiągania osobistych celów (np. wypchnięcie kogoś z kolejki w celu zajęcia lepszego miejsca), natomiast podstawowym celem agresji wrogiej jest wyrządzenie komuś krzywdy. Warto zauważyć, że w niektórych przypadkach agresja może wystąpić z kilku powodów, np. jako reakcja na spostrzeganą prowokację i chęć osiągnięcia określonego celu (np. wygrania meczu).

Rzetelna charakterystyka zachowań agresywnych często nastęrcza wiele problemów, głównie ze względu na brak precyzji w definiowaniu podstawowych terminów z nimi związanych. Uściślenie pojęć stosowanych do opisu zachowań agresywnych jest niezwykle ważne, zarówno z punktu widzenia naukowego, jak i klinicznego. Generalnie pięć podstawowych terminów używanych jest w kontekście zachowań agresywnych: gniew, wrogość, agresywność, agresja i przemoc. Dodatkowo w modelu interakcjonizmu społecznego wprowadza się pojęcie przymusu jako strategii stosowanych przez sprawcę w celu wyrządzenia komuś krzywdy lub uzyskania uległości i posłuszeństwa. W tym znaczeniu działania przymuszające są

pojęciem szerszym od agresji i traktowane są jako jedna z potencjalnych strategii wpływu społecznego (Tedeschi, Felson, 1994). Gniew jest wrodzoną skłonnością odpowiedzialną za atak w sytuacji zagrożenia lub frustracji. Oznacza wewnętrzne subiektywne doświadczenie modyfikowane przez procesy poznawcze. Jego główną składową jest wzbudzenie fizjologiczne, które odpowiada za reakcję „walcz” w mechanizmie „walka-ucieczka” (Lochman i in., 2010). Gniew jest emocją wyjątkowo trudną do opanowania i często stanowi istotną, podstawową składową zachowań agresywnych (Goleman, 2002). Wrogość natomiast to element naszej osobowości o charakterze relacyjnym. Oznacza uporczywie negatywną, zgeneralizowaną postawę w relacjach z innymi ludźmi. Odzwierciedla skłonność do negatywnych ocen, gniewu i podejrzliwości w stosunku do otoczenia społecznego (Stanik, Roszkowska, Kucharewicz, 2006). Agresywność odnosi się do cechy osobowości oznaczającej stałą gotowość do reagowania agresją w odpowiedzi na wywołujące ją sygnały oraz gotowością do percepcji tych sygnałów (Liberska, Matuszewska, 2001; Malcher, Rymaszewska, 2009). Dwa ostatnie pojęcia w sposób bezpośredni odnoszą się do behawioralnego aspektu funkcjonowania człowieka, przy czym agresja oznacza zachowania wyrządzające komuś fizyczną lub psychiczną krzywdę, a przemoc – skrajnie agresywne, intencjonalne akty powodujące poważną krzywdę i znacznie wykraczające poza społeczne normy wzajemnych kontaktów (Pospiszyl, 1994; Loeber, Southamer-Loeber, 1998). Celem przemocy jest zniszczenie, ukaranie lub kontrola (Geen, 1995, za: Krahe, 2006). Przemoc nie jest zatem synonimem zachowania agresywnego, jest traktowana raczej jako jej podtyp oznaczający skrajne formy fizycznej agresji (Krahe, 2006). Od agresji różni się przede wszystkim rozmiarem i intensywnością zadanej krzywdy.

Teorie i koncepcje wyjaśniające agresję u dzieci i młodzieży

Klinicyście w celu doskonalenia procedur diagnostycznych i terapeutycznych potrzebny jest nie tylko strukturalizowany i przejrzysty model pojęciowy dotyczący agresji, lecz także model teoretyczny, który będzie zawierał podstawowe kategorie do opisu zachowań agresywnych i przynajmniej w części wyjaśni mechanizm ich powstawania. W miarę zgłębiania problematyki agresji w badaniach naukowych zainteresowanie niektórymi koncepcjami psychologicznymi malało, zwłaszcza ze względu na ich słabe potwierdzenie empiryczne. Należą do nich: koncepcja frustracji – agresji Dollarda i Millera, teoria traktująca agresję jako instynkt powstały w toku ewolucji i będący napędem do działania czy też koncepcja psychoanalityczna, z perspektywy której zachowania agresywne są manifestacją wypartego nieświadomego konfliktu pomiędzy popędami śmierci i życia (por. Nelson, Finch, Ghee, 2010). Agresja jest zjawiskiem zbyt złożonym, aby mogła być wyjaśniona w obrębie prostych teorii jednoczynnikowych. Współcześnie podkreśla się, że do potwierdzonych empirycznie (przynajmniej częściowo) koncepcji wyjaśniających agresję zalicza się m.in. model poznawczo-behawioralny (Novaco, 1979), teorie społecznego uczenia się (Bandura, 1986) czy też model podatność – stres (Kendall, 2004). Zwłaszcza w tej ostatniej koncepcji wskazuje się, że zachowania agresywne są rezultatem wzajemnych dynamicznych interakcji pomiędzy biopsychospolecz-

nymi czynnikami o charakterze predysponującym, spustowym i podtrzymującym. Czynniki ryzyka wynikają z indywidualnej charakterystyki dziecka oraz ze specyfiki kontekstów rozwojowych: bliższych (rodzina) i dalszych (sąsiedztwo, kultura, wydarzenia historyczne). W psychologii społecznej natomiast agresję rozpatruje się w kontekście form zachowania społecznego, którego celem jest wywarcie wpływu na innych (Tedeshi, Felson, 1994). W tym znaczeniu groźby, kary i siła fizyczna traktowane są jako narzędzia uzyskiwania posłuszeństwa.

Czynniki ryzyka i czynniki ochronne zachowań agresywnych

Ryzyko, które jest brane pod uwagę w kontekście zachowań agresywnych dzieci i młodzieży definiuje się jako zwiększone prawdopodobieństwo ich wystąpienia pod wpływem działania określonego czynnika/czynników. Czynniki te wyjaśniają, dlaczego taki problem występuje i dlaczego niektóre jednostki lub grupy angażują się w zachowania agresywne albo stają się ofiarami przemocy. Z drugiej strony wzajemna dynamika i interakcyjność różnych wpływów działających na dziecko w trakcie jego rozwoju powoduje, że niektóre z nich osłabiają działanie czynników ryzyka i tym samym zmniejszają prawdopodobieństwo pojawienia się agresji (Rutter, 1987). Analiza tych procesów ułatwia podejmowanie decyzji, co do kierunków działań profilaktycznych i terapeutycznych. W literaturze do najważniejszych, empirycznie potwierdzonych czynników ryzyka zachowań agresywnych zaliczamy:

- podatność genetyczną – wyniki badań wskazują, że dziedziczność wyjaśnia 50% wariancji zmiennej agresja (por. Nelson, Finch, Ghee, 2010);
- inne czynniki biologiczne związane z urazami okołoporodowymi i niekorzystnym splotem cech temperamentu dziecka (w tym: deficyty w systemie hamowania zachowania, nadmierna impulsywność, nasilenie negatywnego afektu) (Ortiz, Gandara, 2006; González-Peña i in., 2013; Farnicka, Grzegorzewska, w druku);
- specyficzny układ czynników rodzinnych, w tym niewłaściwie egzekwowana dyscyplina (nadmierna, zbyt słaba lub niekonsekwentna), brak właściwego nadzoru nad zachowaniami dziecka, deficyty przywiązania, niestabilność rodziny, problemy psychiczne rodziców, antyspołeczne wartości rodzinne oraz niewłaściwe modelowanie (przestępcze zachowania i antyspołeczna osobowość rodziców, rozwód, bezrobocie) (Patterson, 1986; Gershoff, 2002; Chang i in., 2003; Snyder i in., 2005; Bender i in., 2007; Grzegorzewska, Farnicka, w druku);
- niekorzystny kontekst społeczno-kulturowy rozwoju dziecka: ubóstwo, przestępczość, niski status socjoekonomiczny rodziny, częste zmiany miejsca zamieszkania, niebezpieczne sąsiedztwo, przynależność do gangów młodzieżowych, nadmierne oglądanie telewizji i korzystanie z agresywnych gier komputerowych (Knutson i in., 2005; Mash, Wolfe, 2005).

Analizując czynniki wpływające na pojawianie się lub wygaszanie reakcji agresywnych dzieci i młodzieży, należy podkreślić, że większość z nich (z wyjątkiem czynników genetycznych) ma charakter niespecyficzny. Oznacza to, że mogą one zwiększać prawdopodobieństwo wystąpienia różnych objawów psychopatologicznych, nie tylko agresji, oraz że ich wpływ na inicjowanie i podtrzymanie

zachowań agresywnych ma charakter raczej pośredni niż bezpośredni (Connor, 2004). Dodatkowo, czynniki ryzyka rzadko występują pojedynczo, w izolacji. Zazwyczaj mają charakter skumulowany i pozostają we wzajemnych interakcjach w skomplikowanych trajektoriach rozwojowych. Badania empiryczne przynoszą coraz więcej dowodów wskazujących na tego typu zależności i rzucają nowe światło na wieloczynnikowe modele zachowań agresywnych uwzględniające dynamiczne interakcje między czynnikami ryzyka w genezie powstawania agresji u dzieci i młodzieży. Egzemplifikacją tego typu kierunku myślenia są dowody świadczące o znacząco wzrastającym prawdopodobieństwie antyspołecznych zachowań u dorosłych sprawców przestępstw, jeśli w ich historii życia pojawiają się zarówno biologiczne, jak i społeczne czynniki ryzyka, w porównaniu ze sprawcami, u których czynniki te występują pojedynczo (Bohman, 1996). Co więcej, badania wykazały, że w etiologii zachowań agresywnych większe znaczenie ma całkowita liczba negatywnych czynników niż specyficzny rodzaj czy charakter tego czynnika (Connor, 2004). W badaniach Wooton i współpracowników (1997) wykazano natomiast, że słaba jakość sprawowania funkcji rodzicielskich jest czynnikiem ryzyka wystąpienia agresji u młodzieży z prawidłowym rozwojem osobowości. U jednostek charakteryzujących się tzw. temperamentalnymi cechami psychopatii (prawdopodobnie uwarunkowanymi genetycznie) ryzyko agresji występuje niezależnie od funkcjonalności lub dysfunkcjonalności zachowań rodzicielskich.

Związki między czynnikami biologicznymi, psychologicznymi i środowiskowymi w genezie zachowań agresywnych mają charakter wzajemny i dwukierunkowy. Z jednej strony na przykład impulsywność uwarunkowana w dużej mierze genetycznie, sprzyja poszukiwaniu wrażeń i podejmowaniu zachowań ryzykownych oraz obniżonej refleksji dotyczącej konsekwencji zachowań przed ich podjęciem. Może to zwiększać podatność jednostki na działanie psychospołecznych czynników ryzyka, np. uleganiu presji rówieśniczej czy negatywnym wpływom grup społecznych (Connor, 2004). Z drugiej strony psychospołeczne czynniki ryzyka nie pozostają niezależne od wpływów genetycznych. Jak wynika z modelu podatność-stres (Kendall, 2004), dziedziczne skłonności do określonych zachowań ujawniają się tylko w pewnych, sprzyjających danemu zaburzeniu okolicznościach. Na przykład niski poziom inteligencji werbalnej (przynajmniej częściowo zależny od dziedziczności) stanowi wysoki czynnik ryzyka rozwoju agresji u młodych ludzi, ale tylko u tych, którzy wychowują się w środowisku wysokiego ryzyka (Tiet i in., 2001). Te i inne badania potwierdzają zatem dynamiczne wzajemne powiązania psychospołecznych i neurobiologicznych czynników ryzyka w etiologii zachowań agresywnych u dzieci i młodzieży.

Jednocześnie należy podkreślić, że nawet jeśli konteksty rozwoju młodego człowieka są mocno nacechowane czynnikami ryzyka nie wszystkie dzieci z dysfunkcyjnych środowisk zachowują się agresywnie. Badania nad zjawiskiem odporności psychicznej i czynnikami ochronnymi skupiają się na poszukiwaniu mechanizmów, które modyfikują działanie niekorzystnych warunków, kierując rozwój młodych ludzi na mniej patologiczne ścieżki. I chociaż badania nad czynnikami chroniącymi są zdecydowanie mniej zaawansowane niż badania nad czynnikami

ryzyka, coraz więcej wiemy, w jaki sposób młodzi ludzie mogą oprzeć się niekorzystnym wpływom psychologicznym i społecznym. Mechanizm kształtowania się odporności psychicznej polega na zmianie, łagodzeniu lub modyfikacji odpowiedzi jednostki na te warunki życiowe, które sprzyjają nieprawidłowemu rozwojowi (Rutter, 1984). I chociaż nie udało się wyodrębnić czynników chroniących, specyficznych dla zachowań agresywnych, możemy mówić o pośrednich niespecyficznych czynnikach ułatwiających młodym ludziom kontrolę impulsów i wybór alternatywnych, nieagresywnych sposobów zachowania. W literaturze podkreśla się, że podobnie jak w przypadku czynników ryzyka czynniki chroniące pochodzą z trzech głównych źródeł: psychologicznych, rodzinnych i środowiskowych (Wyman i in., 1991). Na podstawie prospektywnych badań longitudinalnych ustalono, że do czynników chroniących przed angażowaniem się młodych ludzi w działania przemocowe i agresywne należą określone cechy temperamentu i osobowości, prawidłowe środowisko opiekuńcze we wczesnym dzieciństwie oraz późniejsze pozytywne społeczno-relacyjne doświadczenia życiowe (Anthony, Cohler, 1987). W szczególności wskazuje się na następujące aspekty właściwości indywidualnych jednostki: pozytywny temperament, łatwość separacji od rodziców w okresie wczesnego dzieciństwa, wysoki poziom umiejętności poznawczych (inteligencja, zdolności werbalne, umiejętność rozwiązywania problemów, umiejętność czytania) i społecznych, w tym poczucie humoru, dobre relacje z rówieśnikami i dorosłymi, okazywanie empatii i opiekuńczości (Masten, 1986; Parker i in., 1990; Tshann i in., 1996; Borowsky, Widome, Resnick, 2008; Cedeno i in., 2010; Farrell i in., 2010, 2010a; Stoddard, McMorris, Sieving, 2011; Stoddard, Zimmerman, Bauermeister, 2011). Wśród rodzinnych czynników chroniących wymienia się sprawiedliwą i spójną dyscyplinę, odpowiedni poziom nadzoru rodzicielskiego, wsparcie od rodziców, bezpieczne przywiązanie, stabilność rodziny oraz pozytywne zaangażowanie rodziców (Connor, 2004; Resnick, Ireland, Borowsky, 2004; Borowsky, Widome, Resnick, 2008). Dodatkowo wskazuje się też na czynniki środowiskowe pozarodzinne, których obecność może neutralizować działanie czynników ryzyka, w tym związanych z rodziną. Zalicza się do nich m.in. mieszkanie w dobrej okolicy, udział w aktywności pozalekcyjnej, odnoszenie sukcesów w szkole, stabilne relacje przynajmniej z jedną osobą dorosłą (z rodziny lub spoza niej, np. rodzicami, dziadkami, nauczycielami), poczucie przywiązania do lokalnej społeczności (por. US Department..., 2001; Connor, 2004).

Agresja dzieci i młodzieży jako zjawisko rozwojowe

Z punktu widzenia rozwoju i ewolucji agresja jest uważana za normalne zachowanie i stanowi klucz do przetrwania. Dzieci i młodzież przechodzą przez wiele etapów rozwojowych, w których pewne negatywne zachowania, również te dotyczące agresji uważane są za prawidłowe i normalne (Liberska, 2014). W większości kultur okazało się, że chłopcy są bardziej agresywni niż dziewczęta, a prospektywne badania małych dzieci pokazują, że szczyt częstotliwości agresji występuje między 2 a 4 rokiem życia. Wczesne konflikty interpersonalne służą małym dzieciom jako trening rozwoju umiejętności społecznych, w tym efektywnych stra-

teorii związanych z asertywnością, obroną własności posiadania oraz rozwiązywaniem problemów w relacjach. Jest to dla nich ważna lekcja dotycząca umiejętności funkcjonowania w większym społeczeństwie jak dorosną (Hay, Ross, 1982). W tym znaczeniu agresja traktowana jest jako forma zachowania adaptacyjnego (Steinberg, Vandell, Bornstein, 2010). Dopiero agresja, która ma charakter przewlekły lub występuje w większej częstotliwości lub z większą intensywnością niż oczekiwano może być uznana za zachowanie nieprawidłowe.

W przebiegu rozwoju młodych ludzi zmienia się nie tylko częstotliwość, ale także formy i powody zachowań agresywnych. W okresach wcześniejszych (12-18 miesięcy) dominuje agresja fizyczna, podczas gdy później wzrasta poziom agresji werbalnej (Dodge, Coie, Lynam, 2006). Dodatkowo dzieci poniżej 5 roku życia angażują się w zachowania agresywne w celu odzyskania przedmiotów, terytorium lub przywilejów (Laursen, Hurtup, 1989), natomiast w okolicach 6-7 roku życia konflikty dotyczą głównie różnic w opiniach i sądach (Rubin, Bukowski, Parker, 2006). I chociaż małe dzieci też mogą przejawiać agresję o charakterze relacyjnym, jednak rozwojowo jest to zachowanie typowe bardziej dla starszych dzieci i młodzieży (Underwood, 2003). Steinberg, Vandell i Bornstein (2010) podkreślają, że na podstawie dotychczasowych badań można wskazać na następujące tendencje w rozwoju normatywnej agresji. U młodszych dzieci większość zachowań agresywnych dotyczy problemów społecznych. Dominującą formą agresji jest agresja fizyczna w jawnej konfrontacji o charakterze instrumentalnym (odzyskanie własności). Wyzwalaczem agresji u młodszych dzieci są wymagania otoczenia. Wraz z wiekiem nasila się agresja werbalna w bardziej zamaskowanej i ukrywanej formie, jej celem częściej jest utrzymanie samooceny, a wyzwalaczem – zagrożenie społeczne.

Mimo że, jak donoszą psychologowie rozwojowi, wraz z wiekiem zmniejsza się częstotliwość i intensywność agresji, należy pamiętać, że jest to zachowanie bardzo stabilne w czasie. Czyli im wcześniej dziecko ujawnia agresję, tym większe prawdopodobieństwo jej utrzymania się w cyklu życia (Broidy i in., 2003). Wyniki badań longitudinalnych wskazują, że agresja jest cechą bardziej stałą niż większość innych zachowań (Loeber i in., 2000; Hill i in., 2004), co oznacza, że dzieci ją ujawniające utrzymują względnie wysoki poziom agresji w stosunku do swoich rówieśników. Dotyczy to zarówno nasilenia zachowań agresywnych w różnych środowiskach (np. w rodzinie, w szkole) i w różnym czasie, jak i nagromadzenia się wraz z wiekiem różnorodnych zachowań problemowych i ich negatywnych konsekwencji, w tym zażywania substancji psychoaktywnych, picia alkoholu, palenia papierosów, wagarowania, nasilonych zachowań ryzykownych (Windle, 1990; Lochman, Wayland, 1994). W miarę narastania tych problemów rośnie prawdopodobieństwo, że młodzi ludzie będą stosować przemoc i popełniać przestępstwa (Lochman, 2003).

I chociaż trudno o naukowe, precyzyjne i dobrze zweryfikowane dane dotyczące adaptacyjnej i normatywnej agresji u dzieci, zrozumienie jej mechanizmów pozwala na lepsze oszacowanie, które dzieci są z grup ryzyka rozwoju niepożądanych form agresji. Na przykład, szczególną uwagę klinicystów powinno zwrócić dziecko przedszkolne, które swoją agresję kieruje przede wszystkim do osób doro-

słych spoza środowiska rodzinnego; dziecko w okresie szkolnym, u którego dominuje agresja fizyczna w celu pozyskania przedmiotów oraz to, u którego nasila się częstotliwość i intensywność inicjowanych ataków agresji fizycznej wobec innych. Te dzieci w sposób szczególny mogą być bardziej narażone na rozwój zachowań psychopatologicznych w późniejszych okresach życia. Wiedza na temat normatywnych aspektów rozwoju dziecięcej agresji może pomóc rodzicom, nauczycielom i terapeutom w identyfikowaniu tych dzieci, które wymagają wczesnej interwencji psychologicznej w zakresie wczesnych zachowań agresywnych. Taka wczesna interwencja może być bardziej skuteczna i bardziej efektywnie zapobiegać rozwojowi dalszych problemów niż terapia podejmowana w okresach późniejszych (Loeber, Hay, 1997).

Agresja a klasyczna typologia zaburzeń okresu dzieciństwa i adolescencji

W literaturze można wyróżnić dwa podstawowe podejścia do klasyfikowania zaburzeń psychicznych w okresie dzieciństwa i dorastania. Pierwsze z nich, oparte głównie na modelu medycznym odnosi się do klasycznej klasyfikacji zaburzeń opublikowanej przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne DSM-V (APA, 2013) lub Międzynarodową Klasyfikacją Chorób opracowaną przez Światową Organizację Zdrowia ICD-10 (WHO, 1992). W omawianych systemach klasyfikacyjnych zachowania agresywne nie stanowią odrębnej grupy zaburzeń, natomiast pośrednio można je zaliczyć do grupy zaburzeń zakłócających, kontroli impulsów i zachowania (*Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders*). Cechą wspólną zaburzeń z tej grupy są trudności z samokontrolą w zakresie emocji i zachowania przejawiające się łamaniem praw innych i/lub które powodują, że jednostka wchodzi w znaczący konflikt z normami społecznymi lub autorytetami. Do głównych kategorii klasyfikacyjnych, w których występują zachowania agresywne zalicza się w przypadku dzieci i młodzieży zaburzenia zachowania (CDD) i zaburzenia opozycyjno-buntownicze (ODD), natomiast w przypadku osób dorosłych – antyspołeczne zaburzenia osobowości. Drugie podejście, zaproponowane przez Achenbacha (1991) ma charakter empiryczno-statystyczny. Jego podstawę stanowi zasada klasyfikowania zaburzeń na zasadzie podobieństwa i łączenia się symptomów w celu odnalezienia wzorów współwystępujących cech. W ramach tej zasady negatywne zachowanie dziecka ocenia się w dwóch szerokich kategoriach zaburzeń: zaburzenia z objawami skierowanymi do zewnątrz, tak zwane eksternalizacyjne (uzewnętrznione) oraz zaburzenia z objawami skierowanymi do wewnątrz, tak zwane internalizacyjne (uwewnętrznione). Zaburzenia eksternalizacyjne są to nieprzystosowawcze wzory zachowań polegające głównie na obniżonej kontroli impulsów i stwarzaniu problematycznych relacji z otoczeniem. W tej grupie lokuje się zachowania agresywne.

Kliniczna ocena zachowań agresywnych dzieci i młodzieży

Mimo akceptacji w środowisku psychologów omawianych wyżej systemów klasyfikacji zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń występujących u dzieci i mło-

dzieży, ich użyteczność w ocenie zachowań agresywnych młodych ludzi nie jest zbyt duża. Przede wszystkim wynika to z braku kryteriów diagnostycznych do oceny nasilenia agresji i jej skutków dla bezpieczeństwa i zdrowia jednostki i osób z jej otoczenia. Agresja nie jest bowiem traktowana jako zaburzenie psychiczne i jako taka nie jest poddawana diagnozie. Brak narzędzi do szacowania nasilenia zachowań agresywnych i związanego z tym niebezpieczeństwa ma istotne implikacje dla jednostki i jej otoczenia. Jak wskazują Nelson, Finch i Ghee (2010), sformułowanie właściwej diagnozy jest szczególnie istotne, bowiem zachowanie agresywne młodych ludzi jest bardzo często przeszacowywane pod kątem zagrożenia zarówno przez rodziców, nauczycieli, jak i terapeutów. Agresja wywołuje bardzo silne, negatywne reakcje emocjonalne osób jej doświadczających. Skutkuje to często przyjęciem założenia, że dziecko jest „złe” lub bardziej niebezpieczne niż jest w rzeczywistości. Komplikuje to nie tylko właściwą diagnozę, ale utrudnia skuteczną interwencję i terapię wobec zachowań dziecka. Dodatkowo dorośli mają tendencję do obniżenia własnych szans co do poradzenia sobie z dzieckiem, gdyż zachowania agresywne wydają się być trwałe i nie do opanowania. Jak już wcześniej wspomniano, wiele zachowań charakterystycznych dla agresji w sposób naturalny występuje w trakcie rozwoju człowieka i jest typowe dla wielu okresów rozwojowych. Agresja może być uznana za zachowanie nieprawidłowe, gdy ma charakter przewlekły lub występuje w większej częstotliwości lub z większą intensywnością niż oczekiwano. Kryteria rozróżniające normę od patologii to: (1) powszechność przejawiania przez dziecko agresji w wielu sytuacjach; (2) częstotliwość zachowań agresywnych; (3) ich uporczywość; (4) przenikanie na różne sfery funkcjonowania dziecka oraz (5) utrudnienie funkcjonowania i trudności w realizacji zadań rozwojowych.

W celu zwiększenia skuteczności diagnozy klinicznej zachowań agresywnych u dzieci i młodzieży Price (1996) zaproponował sześciostopniowy model oceny gniewu i przemocy u młodych ludzi. Pierwszy stopień to zachowania niecierpliwe, irytujące i denerwujące. Dzieci na tym poziomie często marudzą i wpadają w złość, jeśli słyszą odmowę lub sprzeciw. Reakcje agresywne są jednak w pełni kontrolowane przez dzieci, często też mogą być skierowane przeciwko samemu sobie (np. „nienawidzę siebie” lub „jestem głupi”). Drugi poziom to zachowania uparte i odgrywające gniew. Zachowanie dzieci z tego poziomu charakteryzuje wiele dramatyzmu i często wulgarności. Młodzi ludzie reagują złością na prośbę lub wydanie polecenia przez osobę dorosłą. Ich zachowanie można opisać jako werbalne i napastliwe (przeklinania, wyzywania itp.). Ze względu na swoją intensywność i nasilenie często są one błędnie oceniane przez dorosłych jako zachowania o charakterze przemocy, nad którymi młodzi ludzie nie panują. Poziom trzeci to agresja werbalna skierowana na innych (głównie w postaci gróźb) połączona z minimalnym uszkodzeniem mało wartościowych przedmiotów. Młody człowiek na tym poziomie chociaż formułuje groźby skrzywdzenia lub zabicia najbliższych, nigdy jednak nie wychodzi poza sferę werbalną. Mimo niszczenia drobnych przedmiotów, dziecko wyraźnie kontroluje swoje reakcje i sprawdza, na ile może sobie pozwolić (np. nie rzuca telefonem, tylko piórnikiem). Zachowania dziecka, ze względu na intensywność stosowanych gróźb, często oceniane są przez dorosłych jako

pozostające całkowicie poza jego kontrolą, mimo że w rzeczywistości jest inaczej. Kolejny poziom to zachowania agresywne związane z niszczeniem otoczenia. Na poziomie czwartym dzieci celowo ujawniają zachowania agresywne skierowane na przedmioty nieożywione. Uszkodzenia są poważne i w rzeczywistości oznaczają niszczenie coraz bardziej wartościowych przedmiotów. Mimo bardzo znacznego nasilenia prezentowanych zachowań agresywnych i bardzo intensywnych negatywnych emocji (złości i gniewu) ich zachowanie w pewnym sensie dalej pozostaje pod ich kontrolą. Nie wchodzi bowiem w kontakt z drugą osobą, nie stosują agresji fizycznej i zachowują dystans (najczęściej wycofują się lub wybiegają nagle z pomieszczenia). Poziom piąty oznacza zachowania napastliwe. Na tym poziomie dziecko ujawnia swoją wściekłość w formie agresji fizycznej skierowanej na inne osoby (np. popychanie, szarpanie, rzucanie przedmiotami w innych). Fizyczne uszkodzenia są jednak drobne i zazwyczaj przypadkowe. Zranienie innych ma charakter bardziej przypadkowy niż intencjonalny i stanowi zazwyczaj niezamierzony rezultat wybuchu złości i frustracji. Na ostatnim, szóstym poziomie młodzi ludzie w sposób zamierzony stosują przemoc. Ich zachowanie czyni poważną szkodę innym i jest dla nich groźne. Najważniejszym wskaźnikiem oceny zachowania z tego poziomu jest celowa chęć wyrządzenia komuś krzywdy. Najbliższe osoby z otoczenia dziecka czują się zastraszone i pozbawione możliwości interwencji.

Podsumowanie

Agresja, złość, utrata kontroli nad sobą to najczęstsze przyczyny kierowania młodych ludzi do psychologów i terapeutów. Biorąc pod uwagę rozpowszechnienie tego typu problemów oraz ich niekorzystny wpływ na całe społeczeństwo, zasadne wydaje się nieustanne pogłębianie naszej wiedzy w zakresie poznania przyczyn i mechanizmów zachowań agresywnych dzieci i młodzieży oraz możliwości ich szacowania i diagnozy. Uwzględniając współczesną wiedzę i stan badań empirycznych, wydaje się koniecznym spojrzenie na agresję młodych ludzi z punktu widzenia zarówno psychologii klinicznej, jak i rozwojowej. Oczywiście jest, że aby diagnozować zaburzenie u dzieci i adolescentów niezbędna jest wiedza nie tylko o tzw. „normie”, ale także o prawidłowościach rozwoju młodych ludzi. Przyjrzenie się najnowszym doniesieniom z psychologii rozwojowej w odniesieniu do dziecięcej agresji i ich wykorzystanie w pracy klinicznej ułatwia przeprowadzenie gruntownej diagnozy zarówno samego zachowania, jak i mechanizmów oraz czynników powiązanych z agresywnymi skłonnościami u dzieci. Stanowi to niezwykle ważną część opracowania wszechstronnego planu terapeutycznego. Można oczekiwać, że rozwojowo-kliniczne spojrzenie na agresywne wzorce behawioralne występujące u młodszych i starszych dzieci oraz adolescentów stanowić będzie inspirację dla praktyków w zakresie integracji wielu różnych aspektów decydujących o pojawianiu się i utrwalaniu agresywnych wzorców w funkcjonowaniu młodych ludzi.

Warto podkreślić, że istnieje coraz większa świadomość korzyści, jakie niesie za sobą wykorzystanie wiedzy o prawidłowym rozwoju do wyjaśnienia i zrozumienia gniewu i agresji występujących w okresie dzieciństwa i dorastania. Coraz częściej słychać głosy, że kliniczno-rozwojowe ujęcie agresji wydaje się wpływać

także na precyzję w diagnostyce i skuteczność w terapii. Do kluczowych kwestii należy wyjaśnienie, gdzie leży granica pomiędzy normatywnym i patologicznym zachowaniem agresywnym młodego człowieka, na ile nasilenie gniewu i jego ekspresja stanowi realne, a na ile przeszacowane zagrożenie dla jednostki i jej otoczenia oraz jakie rodzaje interwencji są najskuteczniejsze dla dzieci. Główne wyzwanie, jakie nadal stoi przed psychologami dotyczy poszukiwania skutecznych narzędzi diagnostycznych oraz potwierdzonych empirycznie metod interwencji uwzględniających wiek agresywnego dziecka, poziom jego rozwoju, konteksty funkcjonowania i wychowania oraz włączenia rodziców w proces terapeutyczny.

Literatura cytowana

- Achenbach, T.M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR and TRF profiles*. Burlington: Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Anthony, E.J., Cohler, B.J. (red.) (1987). *The invulnerable child*. New York: Guildford.
- APA – American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1986). The social learning perspective: Mechanisms of aggression. W: H. Toch (red.), *Psychology of crime and criminal justice* (s. 198-236). Prospect Heights, IL: Waveland Press.
- Bender, H.L., Allen, J.P., McElhaney, K.B., Antonishak, J., Moore, C.M., Kelly, H.O., Davis, S.M. (2007). Use of harsh physical discipline and developmental outcomes in adolescence. *Development and Psychopathology*, 19, 227-242.
- Bohman, M. (1996). Predisposition to criminality: Swedish adoption studies in retrospect. W: G.R. Bock, J.A. Goode (red.), *Genetics of Criminal and Antisocial Behaviour* (s. 99-116). NY: John Wiley and Sons.
- Borowsky, I.W., Widome, R., Resnick, M.D. (2008). Young people and violence. *International Encyclopedia of Public Health*, 6, 675-684.
- Broidy, L.M., Nagin, D.S., Tremblay, R.E., Bates, J.E. et al. (2003). Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: A six-site, crossnational study. *Developmental Psychology*, 39, 222-245.
- Cedeno, L.A., Elias, M.J., Kelly, S., Chu, B.C. (2010). School violence, adjustment, and the influence of hope on low income, African American youth. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80 (2), 213-226.
- 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, 598-606.
- Connor, D.F. (2004). *Aggression and Antisocial Behavior in Children and Adolescents: Research and Treatment*. Guilford Press.
- Dodge, K.A., Coie, J.D., Lynam, D. (2006). Aggression and antisocial behavior in youth. W: W. Damon, N. Eisenberg (red.), *Handbook of child psychology: T. 3, Social, emotional, and personality development* (s. 719-788). New York: Wiley.

- Farnicka, M., Grzegorzewska, I. (w druku). Intrapersonal Correlates of Aggression in Adolescents. *Current Issues in Personality Psychology*.
- Farrell, A.D., Henry, D.B., Schoeny, M.E., Bettencourt, A., Tolan, P.H. (2010). Normative beliefs and self-efficacy for nonviolence as moderators of peer, school, and parental risk factors for aggression in early adolescence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39 (6), 800-813.
- Farrell, A.D., Mays, S., Bettencourt, A., Erwin, E.H., Vulin-Reynolds, M., Allison, K.W. (2010a). Environmental influences on fighting versus nonviolent behavior in peer situations: a qualitative study with urban African American adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 46 (1-2), 19-35.
- Garnezy, N., Masten, A.S., Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 97-111.
- Gershoff, E.T. (2002). Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: a meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin*, 128, 539-579.
- Giza-Poleszczuk, A., Komendant-Brodowska, A., Baczko-Dombi, A. (2011). *Przemoc w szkole. Raport 2006 i 2011*. Warszawa: CBOS.
- Goleman, D. (2002). *Inteligencja emocjonalna*. Poznań: Wydawnictwo Media Rodzina.
- González-Peña, P., Egido, B.D, Carrasco, M.Á, Tello, F.P. (2013). Aggressive behavior in children: the role of temperament and family socialization. *Spanish Journal of Psychology*, 1, 16-37.
- Grzegorzewska, I., Farnicka, M. (w druku). Attachment and risk of psychopathology in adolescence. *Health Psychology Report*.
- Hay, D.F., Ross, H.S. (1982). The social nature of early conflict. *Child Development*, 53, 105-113.
- Hill, L.G., Coie, J.D., Lochman, J.E., Greenberg, M.T. (2004). Effectiveness of early screening for externalizing problems: Issues of screening accuracy and utility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 809-820.
- Kendall, P.C. (2004). *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Knutson, J.F., Degarmo, D., Koepl, G., Reid, J.B. (2005). Care neglect, supervisory neglect, and harsh parenting in the development of children's aggression: A replication and extension. *Child Maltreatment*, 10, 92-107.
- Krahe, B. (2006). *Agresja*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Laurson, B., Hartup, W.W. (1989). The dynamics of preschool children's conflicts. *Merrill-Palmer Quarterly*, 35, 281-297.
- Liberska, H. (2014). *Determinants of aggression in childhood and next period of life*. Presentation during session prepared by L. Cierpiatkowska i H. Liberska: Determinants of aggression in childhood and adolescence, XXXVII CICA International Conference on: "Developmental and Social Conditions on Conflict and Aggression", 22.06-25.06. 2014, Zielona Góra, Poland.

- Liberska, H., Matuszewska, M. (2001). Wybrane czynniki i mechanizmy powstawania agresji w rodzinie. W: M. Binczycka-Anholcer (red.), *Agresja i przemoc a zdrowie psychiczne* (s. 80-89). Warszawa-Poznań: Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej.
- Lochman, J.E. (2003). Preventive intervention with precursors to substance abuse. W: W.J. Bukoski, Z. Sloboda (red.), *Handbook of drug abuse theory, science, and practice* (s. 307-326). New York: Plenum Press.
- Lochman, J.E., Powell, N.R., Whidby, J.M., Fitzgerald, D.P. (2010). Dzieci agresywne – diagnoza i terapia poznawczo-behawioralna. W: P.C. Kendall (red.), *Terapia dzieci i młodzieży. Procedury poznawczo-behawioralne* (s. 31-78). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Lochman, J.E., Wayland, K.K. (1994). Aggression, social acceptance, and race as predictors of negative adolescent outcomes. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 1026-1035.
- Loeber, R., Green, S.M., Lahey, B.B., Kalb, L. (2000). Physical fighting in childhood as a risk factor for later mental health problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 421-428.
- Loeber, R., Hay, D. (1997). Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood, *Annual Review of Psychology*, 48, 371-410.
- Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M. (1998). Development of juvenile aggression and violence. Some common misconceptions and controversies. *American Psychologist*, 53 (2), 242-259.
- Malcher, K., Rymaszewska, J. (2009). Charakterystyka agresywności, wrogości i obrazu własnej osoby funkcjonariuszy policji. *Psychiatria Polska*, 43 (1), 65-75.
- Mash, E.J., Wolfe, D.A. (2005). *Abnormal Child Psychology third edition*. Wardsworth, United States of America: Thomas Learning Inc.
- Masten, A.S. (1986). Humor and competence in school-aged children. *Child Development*, 57, 461-473.
- Mazur, J., Małkowska-Szkutnik, A. (red.) (2011). *Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*. Warszawa: IMiD.
- McDougall, W. (1931). *An introduction to social psychology*. London: Methuen.
- Nelson, W.M., Finch, A.J., Ghee, A.C. (2010). Kontrola poznawcza gniewu u dzieci i młodzieży – terapia poznawczo-behawioralna. W: P.C. Kendall (red.), *Terapia dzieci i młodzieży* (s. 31-77). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Novaco, R. (1979). The cognitive regulation of anger and stress. W: P.C. Kendall, S.C. Hollon (red.), *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research and procedures* (s. 241-285). New York: Academic Press.
- Ortiz, M.A., Gandara, V. (2006). Study on the relations between temperament, aggression, and anger in children, *Aggressive Behavior*, 32 (3), 207-215.
- Parker, G.R., Cowen, E.L., Work, W.C., Wyman, P.A. (1990). Test correlates of stress affected and stress resilient outcomes among urban children. *Journal of Primary Prevention*, 1, 19-35.

- Patterson, G.R. (1986). Performance models for antisocial boys. *American Psychologist*, 41, 432-444.
- Pospiszyl, I. (1994). *Przemoc w rodzinie*. Warszawa: WSiP.
- Price, J.A. (1996). *Power and compassion: Working with difficult Adolescents and Abused Parents*. NY: Guilford Press.
- Resnick, M.D., Ireland, M., Borowsky, I. (2004). Youth violence perpetration: What protects? What predicts? Findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Journal of Adolescent Health*, 35 (5), 410-424.
- Rubin, K.H., Bukowski, W., Parker, J.G. (2006). Peer interactions, relationships, and groups. W: W. Damon, R.M. Lerner, N. Eisenberg (red.), *Handbook of child psychology: T. 3, Social, emotional, and personality development* (s. 571-645). New York: Wiley.
- Rutter, M. (1984). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57 (3), 316-331.
- Snyder, J., Cramer, A., Afrank, J., Patterson, G.R. (2005). The contributions of ineffective discipline and parental hostile attributions of child misbehavior to the development of conduct problems at home and school. *Developmental Psychology*, 41, 30-41.
- Stanik, J.M., Roszkowska, A., Kucharewicz, J. (2006). Psychologiczna diagnoza zachowań agresywnych w świetle badań Skalą Agresji Buss-Durkee (SABD) – wyniki badań i normalizacja testu. W: J.M. Stanik (red.), *Zastosowanie wybranych technik diagnostycznych w psychologicznej praktyce klinicznej i sądowej* (s. 81-100). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Steinberg, L., Vandell, D.L., Bornstein, M.H. (2010). *Development: Infancy Through Adolescence*. Wadsworth: Cearning Learning.
- Stoddard, S.A., McMorris, B.J., Sieving, R.E. (2011). Do social connections and hope matter in predicting early adolescent violence? *American Journal of Community Psychology*, 48, 247-256.
- Stoddard, S.A., Zimmerman, M.A., Bauermeister, J.A. (2011). Thinking about the future as a way to succeed in the present: A longitudinal study of future orientation and violent behaviors among African American youth. *American Journal of Community Psychology*, 48, 238-246.
- Tedeschi, J.T., Felson, R.B. (1994). *Violence, aggression, and coercive actions*. Washington: APA.
- Tiet, Q.Q., Bird, H.R., Hoven, C.W., Wu, P., Moore, R., Davies, M. (2001). Relation between specific adverse life events and psychiatric disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 4, 153-164.
- Tschann, J.M., Kaiser, P., Chesney, M.A., Alkon, A., Boyce, W.T. (1996). Resilience and vulnerability among preschool children: Family functioning, temperament, and behavior problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 184-191.

- Underwood, M.K. (2003). *Social aggression among girls*. NY: Guilford Press.
- US Department of Health and Human services (2001). *Youth violence: A report of the Surgeon General*, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44294> [dostęp 20.03.2015].
- Werner, E., Smith, R. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: Adams, Bannister and Cox.
- WHO – World Health Organization (1992). *International classification of diseases* (wyd. 10). Geneva: Author; polskie wydanie: *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10* (2013). Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius.
- Windle, M. (1990). A longitudinal study of stress buffering for adolescent problem behaviors. *Developmental Psychology*, 28 (3), 522-530.
- Wootton, J.M., Frick, P.J., Shelton, K.K., Silverthorn, P. (1997). Ineffective parenting and childhood conduct problems: The moderating role of callous-unemotional traits. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 65 (2), 301-308.
- Wyman, P.A., Cowen, E.L., Work, W.C., Parker, G.R. (1991). Developmental and family milieu interview correlates of resilience in urban children who have experienced major life-stress. *American Journal of Community Psychology*, 19, 405-426.

Streszczenie. W artykule dokonano przeglądu aktualnej literatury badawczej dotyczącej agresji w okresie dzieciństwa i dorastania. Badania wskazują, że wspólną cechą poważnych zachowań agresywnych młodych ludzi jest ich intensywnie negatywny wpływ na innych ludzi. Na podstawie wyników badań longitudinalnych można uznać, że agresywne zachowanie jest bardziej stabilne w czasie niż inne wzorce zachowania, a agresywne dzieci częściej są obiektem szkolnych i klinicznych interwencji niż dzieci z innymi formami psychopatologii. W artykule zostały poruszone zagadnienia związane z definiowaniem zachowań agresywnych oraz ich analizą z punktu widzenia klinicznego i rozwojowego, co jest niezwykle ważne dla oceny czynników związanych ze skłonnością dziecka do zachowań agresywnych i do projektowania kompleksowego planu terapii.

Słowa kluczowe: agresja, czynniki ryzyka i czynniki ochronne, rozwój zachowań agresywnych, kliniczna ocena agresji