

AGRESIVNOST DJECE I ADOLESCENATA

IRENA ĐURETIĆ*

Suvremena istraživanja u psihijatriji su dokazala uski odnos između mentalnih poremećaja koji se javljaju u odrasloj dobi s razvojnim dječjim psihičkim formacijama već od prve godine života koje bez prestanka djeluju tijekom cijelog djetinjstva te su dječjoj psihijatriji dali dugotrajan cilj na području prevencije mentalnih smetnji kod odraslih. Većina poremećaja koja se javlja kod djece i adolescenata povezana je s povećanom agresivnošću, impulzivnošću, hiperaktivnošću, nepažnjom, opsesivnim i kompulzivnim ponašanjem, depresijom, agresivnim i suicidalnim ponašanjem, anksioznošću itd. Aktualni epidemiološki podaci govore da do 20% djece i adolescenata pati od mentalnih poremećaja koji ih čine nesposobnima, oko 50% svih mentalnih poremećaja u odrasloj dobi imaju svoj početak u djetinjstvu, treći vodeći uzrok smrtnosti među adolescentima je suicid.

Deskriptori: AGRESIVNOST, AGRESIVNO PONAŠANJE, SAMOOZLJEĐIVANJE, SUICIDALNOST, DIJETE, ADOLESCENT

UVOD

Razvoj nije samo biološko sazrijevanje nego proces koji obuhvaća interakciju biološke osnove djeteta i njegove okoline. Za mentalnu strukturu djeteta potrebno je detaljno poznavanje obiteljske sredine u kojoj dijete živi. Struktura ličnosti djeteta i adolescenta, te modaliteti njegovog funkcioniranja nisu još dovršeni, nego su u stalnom dinamičnom prestrukturiranju (1).

Svako će dijete biti suočeno s dužim ili kraćim kriznim razdobljima, ponajviše tijekom adolescencije. Djetetu je tada potrebna najveća potpora kako bi izdržalo

ove normativne krize bez većih posljedica za svoje mentalno zdravlje. Ipak, neka su djeca pod velikom psihičkom opasnošću u pokušaju da nađu prilagodbe u kriznim razdobljima svojeg razvoja stvarajući obrane koje zbog svoje intenzivnosti mogu biti patogene (1).

Pojava autodestruktivnog ponašanja činjenica je da se s djetetom nešto događa i da to treba shvatiti ozbiljno. Prvenstveno ne treba ignorirati situaciju, ne napadati i kažnjavati dijete već dati priliku da objasni svoje ponašanje. Ne znači svaki pokušaj i svako samoozljeđivanje pokušaj suicida, postoji niz manipulativnih obrazaca u ponašanju u svrhu rješavanja školskih problema, nezadovoljstvo pravilima, provedbom odgojnih vještina roditelja itd. Ipak se u praksi pokazalo da se ponekad radi o nečemu znatno ozbiljnijem što zahtijeva brzu i ozbiljnu stručnu pomoć (2).

*Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež, Zagreb

Adresa za dopisivanje:
Irena Đuretić, mag. med. techn.
Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež
10000 Zagreb, Kukuljevićeva 11
E-mail: irenaduretic@gmail.com
irena.djuretic@djecja-psihijatrija.hr

Čimbenici koji utječu na mentalno zdravlje djece i adolescenata mogu biti rizični i protektivni. Biološki, genetski, demografski i psihosocijalni čimbenici, obiteljsko okruženje i utjecaj okoline dovođe ili do povećanog rizika ili pak djeluju zaštitno na mentalno zdravlje.

Aktualni epidemiološki podaci govore da do 20% djece i adolescenata pati od mentalnih poremećaja koji ih čine nesposobnima, oko 50% svih mentalnih poremećaja u odrasloj dobi imaju svoj početak u djetinjstvu, treći vodeći uzrok smrtnosti među adolescentima je suicid.

Prema SZO u Hrvatskoj postoji značajan porast samoubojstava među djecom i adolescentima, a najvažniji rizični čimbenici su školski neuspjeh, povijest samoubojstava u obitelji, narušena komunikacija s roditeljima, konzumiranje alkohola i psihoaktivnih tvari, agresivno i impulzivno ponašanje.

AGRESIVNOST

Većina poremećaja koja se javlja kod djece i adolescenata povezana je s povećanom agresivnošću, impulzivnošću, hiperaktivnošću, nepažnjom, opsesivnim i kompulzivnim ponašanjem, depresijom, agresivnim i suicidalnim ponašanjem, anksioznošću itd. Postoje brojne definicije koje odgovaraju na pitanje što je agresija, među kojima je najprihvaćenija ona koja definira agresiju kao ponašanje organizma usmjereno k nekom cilju i koje dovodi do oštećenja navedenog cilja.

Žužul definira agresivnost kao više ili manje izraženu, relativno stabilnu tendenciju nekog pojedinca da u određenim, provocirajućim, situacijama reagira napadom ili prijetnjom i traženjem sukoba i borbe u najširem smislu riječi (3). Agresivnost se prema Žužulu očituje na dvjema razinama kao latentna čežnja za agresijom i kao manifestno ponašanje. Latentna agre-

sivnost je trajna i stabilna karakteristika pojedinca da u provocirajućim situacijama reagira porastom emocionalne tenzije i pojavom nastojanja za napad na izvor frustracije. Manifestna agresivnost je trajna i stabilna karakteristika pojedinca da u provocirajućim situacijama reagira fizičkom ili verbalnom agresijom usmjerenom na izvor frustracije ili supstituirajuće ciljeve.

U najranijem djetinjstvu većina djece pokazuje znakove frustriranosti i bijesa i u tom periodu ne nalazi se značajnih razlika među dječacima i djevojčicama. Dječaci su emocionalno labilniji od djevojčica i jače izražavaju i pozitivne i negativne emocije. Djevojčice mogu bolje regulirati svoja emocionalna stanja, dok su dječaci ovisniji o majčinim reakcijama i skloniji su više nego djevojčice pokazivati ljutnju.

U razdoblju od treće do šeste godine prisutne su jasne spolne razlike u agresivnom ponašanju. Dječaci pokazuju više fizičke agresivnosti nego djevojčice, kako instrumentalne u vidu uzimanja stvari, tako i direktnog sukoba, dok su djevojčice više verbalno i indirektno nego fizički agresivne. Sklonije su pokazivati socijalnu agresivnost tako da izopćuju i udaljuju žrtvu iz društva, ogovaraju je i nastoje okrenuti druge protiv nje.

U adolescenciji i ranoj odrasloj dobi događaju se velike promjene u stupnju i obliku agresivnog ponašanja. Zbog povećanja snage u odnosu na period djetinjstva, agresivni postupci mogu nanijeti veliku štetu. U periodu adolescencije je češće udruživanje vršnjaka i kolektivno nasilje, često prema mlađima, kao i osnivanje bandi, te obračuni i tučnjave dviju ili više grupa. Dolazi i do povećanja agresivnosti među spolovima, pogotovo s početkom perioda kada se ostvaruju emocionalne veze. Tijekom srednjeg djetinjstva i rane adolescencije djevojke i dječaci najviše vremena provode u istospolnim grupama i najviše se konflikata događa među pripadnici-

ma istog spola. U adolescenciji, konflikti među djevojkama manje su nasilni nego među dječacima koji nastavljaju pokazivati agresivnost i druge oblike suprotstavljanja.

Općenito, spolne razlike u agresivnosti, poput izražavanja frustracije i bijesa, uglavnom se ne nalaze u dojenačkoj dobi. Instrumentalna agresivnost javlja se tijekom druge i treće godine života i tu se već nalaze spolne razlike. No tek u predškolskom razdoblju jasno je vidljivo da dječaci više nego djevojčice pokazuju fizičku agresiju. Najvažnije spolne razlike nalaze se u prirodi agresivnog ponašanja djevojčica i dječaka od početka osnovne škole nadalje. Djevojčice su sklonije indirektnoj i verbalnoj agresivnosti, nego fizičkoj. Osim toga, kod njih se dominantno javljaju oblici vezani uz socijalnu agresivnost.

Kada se govori o agresiji, tada se moraju poznavati biološki, društveni i psihološki čimbenici jer tek u interakciji njihova međusobnog djelovanja može se dobiti uvid u etiologiju agresije i planirati aktivnosti na općem i individualnom planu za korekciju i modifikaciju. Poznavanje različitih pristupa ponašanju: psihološkog, duhovnog, sociološkog i biološkog omogućuje integralno spoznavanje ljudskog funkcioniranja koje je u neprekidnoj interakciji navedenih čimbenika. Ako se želi razumjeti pojedine oblike ponašanja, moraju se poznavati svi utjecaji koji su odgovorni za takav oblik ponašanja i samo njihovim poznavanjem mogu se razumjeti pojedini oblici ponašanja, te intervenirati uz primjenu specifičnih pristupa i tehnika (1).

Autodestruktivno ponašanje

Autodestruktivno ponašanje je ponavljano svojevoljno ozljeđivanje vlastitog tijela bez trenutačne suicidalne namjere. Najčešći oblici autodestruktivnog ponašanja:

- samoozljeđivanje rezanjem
- grebanje, nanošenje opekline

- poremećaji prehrane
- konzumacija alkohola i droga
- samootrovanja lijekovima i alkoholom
- pokušaji suicida

Prosječno 6 do 7% školske djece potvrđuje da je imalo neko autodestruktivno ponašanje (2). Najnovija epidemiološka istraživanja ukazuju na porast stope autodestruktivnog ponašanja u dobi između 14 do 18 godina. Češće se javlja kod djevojčica, a najčešći oblici su samoozljeđivanje rezanjem i samootrovanja lijekovima (2).

Samoozljeđivanje

Samoozljeđivanje je čin agresije prema sebi i nanošenje fizičke ozljede same sebi. Oblici samoozljeđivanja:

- rezanje po sebi (žilete, nož, staklo) s namjerom da se nanese bol
- udaranje tijela s nekim težim predmetom ili nabijanje na šiljate predmete
- paljenje tijela cigaretom, svijećom, šibicama
- guranje predmeta kroz šupljinu u tijelu
- namjerno lomljenje kostiju i ostavljanje masnica po tijelu
- čupanje za kosu

U usporedbi na suicidalno ponašanje kod samoozljeđivanja ne postoji ozbiljna namjera osobe da se ubije već se ponašanje ponavlja pa čak ima i ovisnički karakter. Ipak, učestalo samoozljeđivanje ima visoki rizik za samoubojstvo (2). Samoozljeđivanje se u praksi pokazalo da se radi o nečemu ozbiljnome i da zahtijeva stručnu pomoć. Čimbenici koji pridonose samoozljeđivanju su:

- zlostavljanje od strane vršnjaka
- zlostavljanje i zanemarivanje u obitelji

- nasilničko ponašanje u obitelji
- emocionalno zlostavljanje
- seksualno zlostavljanje
- pritisak obitelji zbog školskog uspjeha i nerealna očekivanja
- različiti psihički poremećaji kao poremećaji u prehrani, depresija, posttraumatski stresni poremećaj, psihotične smetnje itd.

Adolescentice prema nekim istraživanjima imaju 3 do 7 puta veću stopu ponašanja autodestruktivnog ponašanja u odnosu na adolescente (2). Autodestruktivno ponašanje kod adolescenata se javlja kao mehanizam koji se olakšavaju emocionalne poteškoće, smanjuje napetost ili kao oblik samokažnjavanja ili kao manipulacija.

SUICIDALNOST

Suicidalno ponašanje rezultat je međudjelovanja psihijatrijskih, društvenih i obiteljskih čimbenika. Prema Lewinsonu i suradnicima pokušaj samoubojstva definira se kao čin u kojem je postojala svjesna namjera uništenja vlastitog života, ali koji nije završen i nije u kojem nastupila smrt. Pokušano samoubojstvo naziva se parasuicid ili tentamen suicidi (2). Broj pokušaja samoubojstva je otprilike dva puta veći od broja učinjenih samoubojstava. U pokušajima samoubojstava prednjače adolescentice u dobi od 15 do 18 godina, a najčešći načini su predoziranje i trovanje tabletama, rezanje vena, vješanje i utapanje. Prema rezultatima SZO u Hrvatskoj postoji porast samoubojstava među djecom i adolescentima, a najvažniji rizični čimbenici su:

- školski neuspjeh
- povijest samoubojstava u obitelji
- narušena komunikacija s roditeljima i drugi stresni događaji
- konzumiranje alkohola

- konzumiranje psihoaktivnih tvari
- agresivno i impulzivno ponašanje

Adolescenti koji su u čestim sukobima s roditeljima imaju 30% veću vjerojatnost za suicidalno ponašanje za razliku od onih koji nemaju takve probleme. Značajan broj adolescenata koji imaju suicidalna promišljanja u dugoročnim praćenjima pokazuju statistički značajno veću učestalost psihičkih poremećaja, ponajviše depresije i nižu razinu psihosocijalnog funkcioniranja. Suicidalnost kod djece predstavlja tabu i za profesionalce i za obitelj, u pravilu 50% roditelja djece koja su pokušala samoubojstvo nisu znali ništa o tome, dok 70% liječnika primarne zdravstvene zaštite ne postavlja pitanje o suicidalnosti. Prilikom procjene djeteta koje iskazuje suicidalnost potrebno je detaljno ispitati okolnosti koje su prethodile i uslijedile, procijeniti postojanje simptoma poremećaja raspoloženja, prisustvo zloupotrebe tvari, postojanje impulzivnog ponašanja, ispitati namjeru toga čina, te procijeniti smrtnost metode pokušaja suicida. Rizični čimbenici za samoubojstvo:

- Osobna povijest - verbalizacija i prijetnje samoubojstvom, zloupotreba tvari, impulzivnost, gubitak ili stres, prethodni pokušaji, prijatelj ili član obitelji koji je počinio samoubojstvo, medijska praćenost samoubojstava, slaba socijalna podrška, nasilje od strane drugih
- Obiteljski čimbenici - želja da se riješi djeteta, neuzimanje djetetovih problema ozbiljno, pretjerana ljutnja i kažnjavanja, depresivnost ili samoubojstvo člana obitelji, nemogućnost pružanja podrške i nadzora
- Mentalni status - depresija, beznađe, žaljenje što pokušaj nije uspio, želja da se pridruži mrtvome članu obitelji, vjerovanje da je smrt ugodna, psihotična stanja, intoksikacija

TRETMAN

Tretman s agresivnim djetetom usmjeren je prvenstveno kroz psihoterapiju, radnu terapiju i socioterapijske aktivnosti u najširem spektru. Bavljenje s djecom od strane stručnjaka počevši od roditeljske brige, te usmjeravanje djece na bavljenje školskim i vanškolskim aktivnostima kao što su sport i umjetnost doprinosi smanjenju manifestne agresije. Isto tako potrebno je od strane stručnjaka rad i savjetovanje roditelja djece s agresivnim ponašanjem kako bi roditeljski kontingent omogućavao razvoj koherentnog selfa uz pomoć drugih važnih objekata, učitelji u školi, treneri, instruktori, gdje će uz aktivnosti u široj zajednici remodelirati ličnost djeteta i adolescenta koja primarno niče iz obiteljskog okruženja na specifičnoj genetskoj podlozi ponaosob za svako dijete. Kod nekih slučajeva izrazitog agresivnog ponašanja gdje dolazi do težih povreda drugih osoba i oštećenja imovine moguća su i izricanja odgojno - popravnih mjera, kao što je smještanje u odgojne ustanove, domove.

Farmakoterapija kod agresivnog ponašanja nije specifična, već liječnici indiciraju lijekove iz različitih skupina ovisno o rizičnim čimbenicima koji su okidači agresivnog ponašanja. Najčešće je riječ o lijekovima iz skupine antidepresiva, anksiolitika, sedativa, čak i antipsihotika koji se primjenjuju kod djece s intelektualnim poteškoćama. Komorbiditet psihijatrijskih poremećaja kod autodestruktivnih oblika ponašanja:

- poremećaji ponašanja
- veliki depresivni poremećaj
- posttraumatski stresni poremećaj
- poremećaji ličnosti
- poremećaji prehrane
- psihotična stanja

- intelektualne poteškoće, poteškoće učenja, mentalna retardacija

Pristup akutno agresivnom djetetu usmjeren je kroz psihološke, farmakološke i fizičke intervencije. Psihološke intervencije obuhvaćaju deeskalacijske tehnike i komunikaciju. Deeskalacijske tehnike odnose se na rješavanje potencijalno agresivnih, nasilnih situacija kroz izražavanje empatije, terapijskog dogovora i postavljanja granica na način koji se temelji na poštovanju. Principi deeskalacijske tehnike kod djece su:

- jasno se predstaviti
- koristiti simplicirani jezik, blagi glas i polagane pokrete
- graditi odnos utemeljen na empatiji, iskrenosti, prihvaćanju
- primjenjivati individualizirani pristup
- reducirati okolišne stimulanse (svjetlo, buka, ljudi)
- ukloniti lomljive stvari
- omogućiti siguran prostor kretanja
- ponuditi hranu ili piće
- slušati i empatizirati
- reći djetetu da će se poštovati njegovi razumni zahtjevi
- objasniti djetetu cilj i motivirati ga za suradnju
- naći stvari koje samo dijete može kontrolirati
- ponuditi igračke ili nešto što će odvlačiti pozornost
- biti angažiran (ignoriranje može potencirati eskalaciju)
- ne doživljavati djetetovu ljutnju ili agresiju osobno

- pomoć ostalih službi (policija, socijalni radnik)

Farmakološke intervencije primjenjuju se nakon procjene liječnika o potrebi farmakoterapije nakon nezadovoljavajućeg ishoda psiholoških tehnika. Fizičke intervencije se odnose na izoliranje i sputavanje djeteta prema procjeni liječnika. Odnos roditelja i adolescenta ima značajan utjecaj na ponašanje adolescenta i na razvijanje modela rizičnog ponašanja, to su način na koji provode disciplinu, roditeljska angažiranost, roditeljska pažnja i nadzor, način komunikacije, roditeljski stil života, roditeljska toplina, stalnost ili nedosljednost u donošenju odluka itd. Najčešći problemi vezani u odnosu roditelj adolescent odnose se na poteškoće komunikacije i poteškoće u provođenju discipline i postavljanju pravila. Obitelj je najsnažniji zaštitni čimbenik za sve oblike poremećaja adolescenata, dok su loši obiteljski odnosi u isto vrijeme i najčešći čimbenici rizika za psihopatologiju u djetinjstvu.

Zaključak

Agresivnost i nekontrolirana agitacija sve su češći uzrok upućivanja djeteta liječniku. Kako agresivnost predstavlja vrlo kompleksan problem, ono zahtijeva i multidisciplinarni pristup u prepoznavanju i rješavanju problema agresivnosti. Kao što je navedeno najčešći uzroci na-

stanka agresivnosti nalaze se u obilježjima ličnosti, obiteljskim prilikama, školskim neuspjesima, životnoj okolini i cjelokupnoj društvenoj situaciji i zbog složenosti potencijalnih uzroka agresivnog ponašanja potrebno je uključiti u rješavanje problema agresivnosti u dječjoj dobi stručnjake različitih područja, među kojima su liječnici (pedijatri, dječji psihijatri, liječnici školske i obiteljske medicine) medicinske sestre, pedagozi, psiholozi, defektolozi, odgajatelji, djelatnici stručnih školskih službi, centar za socijalno skrb, kako bi zajedničkim djelovanjem utvrdili uzroke, uspjeli kontrolirati ili potpuno uklonili uzroke agresivnog ponašanja kako ne bi doveli do neprihvatljivog socijalnog ponašanja u dječjoj, a kasnije i odrasloj dobi. Za normalan rast i razvoj djeteta potrebno je stvoriti pozitivno obiteljsko, društveno, psihološko, pedagoško okruženje koji su preduvjeti za razvoj zdrave, odrasle osobe koja je ravnopravni član zajednice.

LITERATURA

1. Kocijan-Hercigonja, D. i suradnici: Biološke osnove i terapija ponašanja, Zagreb, Školska knjiga, 2006.
2. Dodig-Čurković, K. i suradnici: Psihopatologija dječje i adolescentne dobi, Osijek: Svjetla grada, 2013.
3. Žužul, M.: Agresivno ponašanje, RZ RK SSOH, Zagreb, 1989.

Summary

I. Đuretić

Contemporary research in psychiatry have shown a close relationship between mental disorders that occur in adults with developmental children's mental formations from the first year of life that continually operate throughout childhood and the child psychiatry gave a lengthy goal in the field of prevention of mental disorders in adults. Most of disorder that occurs in children and adolescents is associated with increased aggressiveness, impulsivity, hyperactivity, inattention, obsessive and compulsive behavior, depression, aggressive and suicidal behavior, anxiety, etc. Current epidemiological data indicate that up to 20% of children and adolescents suffer from mental disorders that make them unfit, about 50% of all mental disorders in adulthood have their beginning in childhood, the third leading cause of death among adolescents is suicide.

Descriptors: AGGRESSION, AGGRESSIVE BEHAVIOR, SELF-INFLICTED INJURE, SUICIDE, CHILD, ADOLESCENT