

Agresivnost kod djece i adolescenata

Đuretić, Irena

Master's thesis / Diplomski rad

2014

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:501718>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-19**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Irena Đuretić

Agresivnost kod djece i adolescenata

Diplomski rad



Zagreb, 2014.

Ovaj diplomski rad izrađen je u Klinici za psihološku medicinu, Kliničkog bolničkog centra Zagreb pod vodstvom doc. dr. sc. Zorane Kušević i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2013/2014.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
2. RAZRADA.....	2
2.1. EPIDEMIOLOGIJA	2
2.2. AGRESIVNOST	2
2.3. KLASIFIKACIJA.....	4
2.4. SPOLNE RAZLIKE	5
2.5. TEORIJE AGRESIVNOSTI	6
2.5.1. Psihoanalitičke teorije agresivnosti.....	6
2.5.2. Frustracijska teorija agresivnosti	9
2.5.3. Teorije o učenju agresivnosti	10
2.5.4. Teorije o biološko-fiziološkim uzrocima agresivnosti	11
2.6. AUTODESTRUKTIVNO PONAŠANJE	11
2.6.1. Samoozljeđivanje.....	12
2.7. SUICIDALNOST	13
3. ZAKLJUČAK	17
4. ZAHVALA.....	18
5. LITERATURA.....	19
6. ŽIVOTOPIS	21

SAŽETAK

Suvremena istraživanja u psihijatriji su dokazala usku vezu 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 preventive mentalnih smetnji kod odraslih.

Prema istraživanjima 90% djece i adolescenata prilikom samoubojstva bolovalo je od nekog psihičkog poremećaja, dok je kod 70% slučajeva postojao i komorbitet.

Najčešće je riječ o poremećajima raspoloženja 61-76% od toga 32 do 54% je depresivni poremećaj, zatim slijede bolesti ovisnosti i zloupotreba tvari 27-62%, relativno mala učestalost 27% anksiozni poremećaji, 4% poremećaji hranjenja i 4% shizofrenija (Martin, 2006).

Ključne riječi: agresivnost, agresivno ponašanje, samoozljeđivanje, suicidalnost, dijete, adolescent.

SUMMARY

Contemporary research in psychiatry has proven a close relationship between mental disorders that occur in adult age with developmental children's mental formations at first year of life, which continually operate throughout child age and are child psychiatry that gave a lengthy goal in the field of prevention of mental disorders in adults.

According to research, 90% of children and adolescents who committed suicide suffered from a mental disorder, while in 70% of cases were documented comorbid mental disorders. The most common are mood disorders 61-76% of that 32 to 54% is a depressive disorder, followed by substance abuse disorder 27-62%, relatively low rates of 27% anxiety disorders, eating disorders 4% and 4% schizophrenia (Martin, 2006).

Keywords: aggression, aggressive behavior, self-inflicted injure, suicidal behavior, child, adolescent.

1. UVOD

Dječja psihijatrija razvijala se iz neurologije, opće psihijatrije i pedijatrije, a izučava i liječi duševno bolesno dijete ili ono koje ima psihičke teškoće od rođenja pa do završetka puberteta, odnosno adolescencije.

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 preventive mentalnih smetnji kod odraslih.

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 (Kocijan-Hercigonja, 2006).

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 (Kocijan-Hercigonja, 2006).

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 (Dodig-Ćurković, 2013).

Objekt dječje i adolescentne psihijatrije uključuje izučavanje etiologije, psihopatologije, dijagnostike, primarnu, sekundarnu i tercijarnu prevenciju, epidemiološko istraživanje te zbrinjavanje i resocijalizaciju. Svaki slučaj treba proučavati u njegovom bio-psiho-socijalnim totalitetu i uključiti multidisciplinarni pristup.

2. RAZRADA

2.1. EPIDEMIOLOGIJA

U suvremenom svijetu sve se više kod mladih dijagnosticiraju mentalni poremećaji. Velika je stopa prevalencije mentalnih poremećaja kod djece. Današnji suvremeni pristupi u razvojnoj psihopatologiji adolescencije opisuju brojne rizične čimbenike koji bi mogli biti odgovorni za izražavanje određenog oblika ili svih oblika autodestruktivnog ponašanja među adolescentima, ali ne daju prednost ni jednom rizičnom čimbeniku jer ni jedno istraživanje do sada ne može u potpunosti samostalno objasniti svu složenost problema kao što je autodestruktivnost kod mladih (Dodig-Ćurković, 2013).

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.

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 dovode ili do povećanog rizika ili pak djeluju zaštitno na mentalno zdravlje.

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (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.

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.

2.2. AGRESIVNOST

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. Agresivnost se prema Žužulu očituje na dvjema razinama kao latentna čežnja za agresijom i kao manifestno ponašanje. Latentna agresivnost 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.

Brent i drugi autori ističu važnost transgeneracijskog prijenosa nasilja. Agresivno ponašanje kod roditelja vodi agresivnom ponašanju kod djeteta.

Istraživanje agresivnog ponašanja vrlo je kompleksno s obzirom na psihološku komponentu, vjeru, etiku, kulturalne čimbenike, osim toga problem predstavljaju i etička načela pri proučavanju ljudske agresivnosti, odabir i valjanost mjernih instrumenata. Prva istraživanja agresije se temelje na istraživanjima na životinjama s pretpostavkom da su mehanizmi nastanka i kontrole vrlo slični kod ljudi i životinja. Istraživanja na životinjama dala su određena objašnjenja za agresivno ponašanje kod ljudi.

Studije o agresivnom ponašanju ističu važnost međusobnog utjecaja okruženja i genetskih čimbenika (Dougdale, 1977). Postavljalo se pitanje gdje se nalazi centar za agresiju u mozgu i koji je mehanizam rada toga centra. Danas se zna da ne postoji jedan centar koji bi kontrolirao i modelirao agresivno ponašanje već postoje područja koja u međusobnoj interakciji i zajedno s neuralnim čimbenicima utječu na pojavnost agresije tako da možemo govoriti o postojanju sustava za agresivno ponašanje. Danas zahvaljujući napretku medicinskih znanosti i dijagnostičkih metoda znamo da različiti oblici agresije imaju izvorišta u različitim dijelovima mozga, kao što su hipotalamus, amigdala, centralni girus, limbični sustav. Mehanizam nastanka agresije je vrlo kompleksan, organizam mora prvo primiti informaciju o situaciji, preraditi je te donijeti odluku o reakciji, odnosno potrebno je uključivanje različitih struktura i različitih biokemijskih procesa koji djeluju aktivirajuće, inhibirajuće i modelirajuće.

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 (Kocijan-Hercigonja, 2006).

2.3. KLASIFIKACIJA

Brojne su klasifikacije agresije.

Moyer (1968) Klasificira agresiju na fiziološkim osnovama i stimulansima koji je izazivaju:

- agresija među muškim spolom – hijerarhijska dominacija muškaraca
- otimačka agresija – napadačko ponašanje bez emocionalne komponente
- agresija uzrokovana potrebom za hranom
- iritabilna agresija – afektivna agresija uzrokovana stresorima kao što su bol, gubitak, frustracija
- agresija među spolovima
- majčinska agresija – zaštita podmlatka.

Feshbach (1964) govori o instrumentalnoj i ekspresivnoj agresiji. Instrumentalna agresija je namjerna, nanosi štetu drugima, ali joj primarni cilj nije nanošenje štete već postizanje neagresivnog cilja, dok je ekspresivna agresija posljedica provokacije ili frustracije.

Bihevoristi klasificiraju agresiju kao filogenetsku i ontogenetsku. Filogenetska omogućuje preživljavanje i praćena je reakcijama autonomnoga živčanog sustava dok se ontogenetska stječe učenjem i nije biološki uvjetovana.

Fromm (1986) agresiju klasificira na benignu i malignu. Benigna je nužna za opstanak, a cilj joj je uklanjanje izvora ugroženosti, dok maligna nije u vezi s obranom od ugroženosti, već joj je svrha stvaranje užitka.

Nadalje najčešća podjela agresije odnosi se na verbalnu i fizičku agresiju, odnosno prema psihoanalitičarima na izravnu i neizravnu. Direktna se odnosi na agresivno ponašanje, bilo fizičko ili verbalno sa svrhom zastrašivanja ili ozljeđivanja, dok se indirektna agresija provodi kroz socijalne manipulacije.

Hinder i Grobeble klasificiraju agresiju kod djece kroz četiri vrste:

- instrumentalna agresija – svrha dobivanja i zadržavanja objekta
- hostilna agresija – svrha provociranje i ozljeđivanje
- defanzivna agresija – posljedica aktivnosti drugih osoba
- agresivne igre – dovode do ozljeda kao posljedica igre

2.4. SPOLNE RAZLIKE

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 majčinih reakcijama i skloniji su nego djevojčice pokazivati ljutnju.

U razdoblju od treće do šeste godine prisutne su jasne spolne razlike u agresivnom ponašanju. U toj dobi većina djece je uključena u organizirane vršnjačke skupine poput vrtića ili malih škola. Dječaci pokazuju više fizičke agresivnosti nego djevojčice, kako instrumentalne u vidu uzimanja stvari, tako i direktnog sukoba (Coie i Dodge, 1997; Hay, 1984; Loeber i Hay, 1997). Neka istraživanja nalaze da 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 (Crick, 1995; Crick i Grotpeter, 1995; Loeber i Hay, 1997).

Neka istraživanja opažanjem pokazuju da su djevojčice fizički agresivne prema svojim vršnjakinjama u jednakoj mjeri kao i dječaci, ali one takvo ponašanje sakrivaju pred odraslima i ne priznaju ga (Pepler i Craig, 1995; Loeber i Hay, 1997).

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 pripadnicima istog spola. U adolescenciji, konflikti među djevojkama manje su

nasilni nego među dječacima koji nastavljaju pokazivati agresivnost i druge oblike suprotstavljanja.

Uzevši sve zajedno, pokazalo se da je direktna agresivnost učestalija i intenzivnija kod dječaka, iako je verbalni oblik direktne agresivnosti karakterističan i za djevojke. Dječaci se ljute češće nego djevojčice i općenito su agresivniji. Kako je direktna agresivnost karakteristična za raniju dob, u tom periodu su i spolne razlike manje. Indirektna agresivnost je u starijoj dobi učestalija za oba spola pa su tako tada ponovno spolne razlike manje (Lagerspentz, Bjorkqvist, Peltonen, 1988).

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.

2.5. TEORIJE AGRESIVNOSTI

2.5.1. Psihoanalitičke teorije agresivnosti

Fenomen agresivnosti, s psihoanalitičkog stajališta, počeo se proučavati od 1920. godine i to Freudovim radom «S onu stranu principa zadovoljstva». Kasnije se nije toliko sustavno pristupalo proučavanju te važne manifestacije ljudskog ponašanja kao što je bio slučaj sa seksualnosti. Freud uvijek razmatra dualnu prirodu nagona. On smatra da su nagoni energija koja proizlazi iz ida, koja ima svoje određeno usmjerenje, koje teži određenom cilju, prema određenim objektima. Psihički konflikt je onaj koji potvrđuje dvostruku ulogu seksualnosti i agresije (Lerotić, 1986). Bibring (1941) je podijelio Freudovo učenje o nagonima u četiri faze. Prvu fazu obilježava Freudov rad 1905. kada je nagone podijelio na seksualne instinkte i ego instinkte. Drugu fazu obilježava uvođenje koncepta narcizma (1914), u kojoj nagoni nemaju objekte. Treći stupanj Freudove koncepcije nagona (1915) karakteriziran je razradom agresije. Agresija dobiva neovisan status u odnosu na libido i pripisuje se ne-libidnim dijelovima ego instinkta. U četvrtoj fazi razvoja psihoanalitičke koncepcije nagona agresija se odvaja od ego instinkata i stavlja se kao neovisna grupa nagona u id. Ego se bori s agresijom na sličan način

kao s libidom. Može mu omogućiti gratifikaciju, potisnuti, sublimirati, mijenjati, fuzionirati s libidom ili ponuditi sebe kao objekt investicije (Lerotić, 1986).

Sljedeći korak u daljnjoj teorijskoj razradi agresije učinio je Freud 1920. u svom radu «S onu stranu principa zadovoljstva». U pokušaju objašnjenja primarne destruktivnosti i primarnog narcizma polazeći od biološke prirode nagona, uvodi novu dihotomiju između nagona života i nagona smrti. Ovu novu podjelu nagona Freud razvija do kraja života i tvrdi da je do hipoteze o dualitetu nagona došao proučavanjem fenomena sadizma i mazohizma u svojim pacijentima.

Freud 1933. kaže: «Mišljenja smo da u sadizmu i mazohizmu imamo dva odlična primjera miješanja obje vrste nagona, Erosa s agresijom. Naša pretpostavka je da je ovakav odnos model i da se sve nagonske tendencije koje možemo proučavati sastoje od takvih mješavina ili legura obje vrste nagona».

Većina psihoanalitičara u objašnjenju agresivnosti zauzima kompromisan stav s Freudovim, prihvaćajući biološki determiniran nagon koji predstavlja pokretač agresivnog ponašanja. Freud (1914) pod izvorom nagona podrazumijeva somatske procese koji se javljaju u organima ili dijelovima tijela i čiji su podražaji reprezentirani u mentalnom životu kao porivi. A. Freud je bila mišljenja da je izvor agresivnog nagonskog poriva još uvijek nepoznat. Ona smatra da je cilj svakog nagona pražnjenje i izbjegavanje porasta napetosti, otklanjanje neugode, destrukcija.

Hartmann, Kris i Loewenstein (1949) smatraju da je mišićna struktura aparat za pražnjenje agresivnog nagonskog poriva, ali ne i njegov izvor. Nakupljanje libida praćeno je porastom napetosti, a pad napetosti karakterizira oterećenje i pražnjenje. Istovremeno pražnjenje libida i agresije je normalno, dok je kvantitativno pojačanje agresivnog pražnjenja izvor patologije. Mahler (1981) ne vjeruje da je izvor nagonskoga agresivnog poriva mišićna struktura, za nju su to procesi rasta koji prethode libidnim manifestacijama, a prvi znakovi diferencijacije libida i agresije nastaju s prvim znakovima strukturiranja ega. Funkcija kretanja sastoji se u službi agresivnog udaljavanja i distanciranja. Kasnije se motorika upotrebljava u svrhu separacije, a konstruktivnu agresiju dijete upotrebljava u izgradnji vlastitog identiteta.

Prema Hartmannovim teorijskim postavkama agresija predstavlja proces neutralizacije. To je proces pomoću kojeg se nagonska energija porijeklom iz ida pretvara u nenagonsku, drugim riječima neutralizira se i na taj način postaje upotrebljiva ego za njegovo funkcioniranje, npr. obrane i aktivnosti aparata primarne autonomije. Prema Hartmannu internalizirana agresija u ego procesom neutralizacije postaje upotrebljiva ego za njegove funkcije, a internalizirana

agresija je bitan uvjet za formiranje super ega. Agresija je tijesno vezana s egom, naročito s motornim aparatom ega čija je uloga ključna u procesu diferencijacije objekata.

Jacobson se nadovezuje na Hartmannove teorijske postavke i dalje ih razrađuje. Po njenom su mišljenju dvije vrste nagona, agresivni i libidni, u samom početku života nediferencirani. Ona mijenja Freudove teorijske postavke primarnog narcizma i primarnog mazohizma na osnovu činjenice da, prije otkrića selfa i objektnog svijeta, energija nagona, koja je još nediferencirana u libido i agresiju, može se psihološki rasteretiti samo prema unutra. Pod utjecajem vanjskih podražaja ta se nagonaska energija diferencira, a otvara se sve više putova rasterećenja prema van. Razvojem psihičkog aparata, a uz što je vezana i diferencijacija dvaju nagona, proces neutralizacije postoje sve značajniji.

Fairbairn, značajni teoretičar objektnih odnosa, smatra da ego postoji od samog rođenja i predstavlja središnji dio psihe. U najranijoj dobi postaje podijeljen jer doživljava pozitivna i negativna iskustva u objektnim odnosima. Središnji ego pomoću agresije odcjepljuje od sebe određene uznemirujuće dijelove uz koje su se vezali dobri i loši objekti. Središnji ego dalje pomoću agresije potiskuje te odcjepljene dijelove u nesvjesno, te na taj način formira unutarnji svijet dobrih i loših objekata. Fairbairn agresiju ne promatra kao nezavisni nagon, za njega je libido primarni životni nagon i izvor energije za ego u traženju odnosa s objektima, a agresija je prirodna obrambena reakcija na frustraciju libidnog nagona (Fairbarin, 1982).

Brenner smatra da su svi psihološki fenomeni ovisni o tijelu, svi su aspekt cerebralnog funkcioniranja. On korigira Freudovu biološku orijentaciju, inzistira na pojmu nagonski derivat, koji je po njemu jedinstven, specifičan za svaku osobu, smatra da ne postoji konflikt libida i agresije jer su njihovi ciljevi različiti, a konflikt postoji samo ako se jedan nagonski derivat upotrebi u obrambene svrhe, da bi se odbacio drugi.

Winnicott shvaćao je agresivnost kao silu gotovo identičnu aktivnosti neophodnoj za formiranje granica selfa. Konceptu nagona smrti nije pridavao veće značenje. Winnicott navodi: «Pokušavajući otkriti početak agresivnosti pojedinca, nailazimo na činjenicu da dojenče ima poriv da se miče. On se počinje javljati još prije rođenja, ne samo u pokretanju udova... Slijedeći ovu crtu dojenčeta, mogli bismo opisati njegov daljnji razvoj kao prijelaz od jednostavnog micanja na akcije koje izražavaju bijes ili na stanja u kojima se očituje mržnja ili obuzdavanje mržnje. Mogli bismo ići i dalje pa opisati način na koji slučajno udaranje može postati namjerno nanošenje boli i uz to otkriti želju da se zaštiti objekt koji se voli i mrzi. Nadalje, mogli bismo ući u trag organiziranju destruktivnih misli i poriva djeteta u

obrazac ponašanja. Vidimo da ovo rano udaranje dojenčeta vodi do otkrivanja svijeta. Prema tome, ono što će ubrzo biti agresivno ponašanje, na početku je jednostavan poriv, koji vodi do pokretanja i do početka istraživanja. Primitivna ili magična destrukcija svih predmeta proizlazi iz činjenice da se (za dojenče) predmeti mijenjaju na taj način što su prije bili dio «mene», a sada «nisu ja», što su prije bili subjektivne pojave, a sada se opažaju objektivno. Ako se procesu sazrijevanja ostavi dovoljno vremena, dojenče postaje sposobno za destrukciju, postaje sposobno da mrzi, udara nogama i vrišti» (Winnicott, 1980).

Fromm (1986) pod agresijom podrazumijeva sva djela koja uzrokuju i koja imaju namjeru uzrokovati štetu drugoj osobi, životinji ili neživom predmetu. On razlikuje benignu agresiju, koja je biološki prilagodljiva i koja služi životu, od maligne, biološki neprilagodljive agresije. Biološki prilagodljiva agresija je odgovor na ugroženost vitalnih interesa; ona je filogenetski programirana, zajednička je ljudima i životinjama, nije spontana i samorastuća, već je reaktivna i defanzivna; ona teži uklanjanju ugroženosti bilo destrukcijom bilo uklanjanjem njenog izvora. Biološki neprilagodljiva, maligna agresija, tj. destruktivnost i okrutnost, nije obrana od ugroženosti, isključiva je karakteristika čovjeka; ona je biološki štetna jer je društveno razarajuća: ona je štetna ne samo za osobu koja je napadnuta nego i za napadača. Maligna agresija, iako nije instinkt, ljudski je potencijal ukorijenjen u samim uvjetima ljudske egzistencije (Fromm, 1986). U istom djelu Fromm naglašava da je karakter kod čovjeka nadomjestak za instinkte koji mu nedostaju. Destruktivne i sadističke strasti u osobi obično su organizirane u karakterni sustav. U osobi sa sadističkim karakterom sadistički poriv je neprestano aktivan i čeka samo na povoljnu situaciju i prikladnu realizaciju (Fromm, 1986).

2.5.2. Frustracijska teorija agresivnosti

1939. godine psiholozi s Yale sveučilišta – John Dollard, Leonard Doob, Neal Miller, O. H. Mowrer i Robert Sears – iznijeli su hipotezu o frustraciji i agresiji (F-A hipoteza). Po toj hipotezi agresija nije rezultat djelovanja nagona, nego ponašanje koje se uvijek javlja kao odgovor na frustracijsku situaciju (Žužul, 1989).

Frustracijska teorija agresivnosti, stoga, pretpostavlja jedan odnos između frustracije i agresije. Frustracija uvijek dovodi do agresije, a agresija se javlja jedino kao rezultat frustracije. Takvo shvaćanje bilo je meta mnogih kritika i brojnim istraživanjima je dokazano da odnos između frustracije i agresije ne mora nužno biti takav pa Miller modificira svoj stav i navodi da frustracija može ponekad dovoditi i do neagresivnih reakcija.

Sears (1941) iznosi da je agresija na vrhu hijerarhije mogućih odgovora na frustraciju, koja može biti inhibirana ili ublažena.

Berkowitz (1962) iznosi modifikaciju F-A hipoteze i navodi da frustracija ne izaziva direktno agresivnost. Frustracija izaziva određeno emocionalno stanje – srdžbu, koja onda, uz postojanje određenih uvjeta dovodi do agresije. Uz srdžbu, važni su za pojavu agresije tzv. agresivni znaci. To su različiti podražaji iz okoline, koji su povezani s agresivnošću, te njihova prisutnost u određenoj situaciji olakšava pojavu agresije.

Žužul je razvio vlastiti model agresivnosti u kojem uz emocionalno-motivacijske čimbenike koji djeluju na manifestiranje agresije ističe i informacijsko-kognitivne čimbenike, socijalne i situacijske čimbenike. O tim čimbenicima prema Žužulovu mišljenju ovisi hoće li u provocirajućoj situaciji doći do agresivne reakcije.

Emocionalno-motivacijski čimbenici predstavljaju uzročnu vezu između provocirajuće situacije i agresivne reakcije. Pojavljivanje ili nepojavljivanje agresivne reakcije ovisit će o odnosu između motivacije za agresijom i motivacije za inhibicijom agresije. Pojavljivanje tih čimbenika ovisit će o određenim kognitivno-informacijskim procesima, a to su: interpretacija provocirajuće situacije, interpretacija nastalog emocionalnog uzbuđenja i traganje za mogućim odgovorima na to uzbuđenje.

Percepcija neke situacije, kao provocirajuće, ovisit će o karakteristikama izvora provokacije, a procjena posljedica agresije će ovisiti o karakteristikama potencijalnog cilja agresije. Ovu skupinu čimbenika Žužul naziva socijalni čimbenici. Među najvažnije situacijske čimbenike koji, uz vanjske motive za agresivno ponašanje, utječu na intenzitet agresivne motivacije, spadaju dvije skupine čimbenika. To su: agresivni znaci i provocirajuće situacije, kao i ostali podražaji koji mogu dovesti do kumulativne pobuđenosti (arousal) odnosno emocionalnog uzbuđenja u organizmu koje biva interpretirano kao emocija srdžbe ili ljutnje (Žužul, 1989).

2.5.3. Teorije o učenju agresivnosti

Teorija socijalnog učenja Bandure, u čijoj se osnovi nalazi shvaćanje o agresiji kao naučenom obliku ponašanja, nastala je na temelju istraživanja u kojima se pokazalo da se agresivno ponašanje može učiti i to promatranjem agresivnog ponašanja drugih osoba. Ta su istraživanja istakla dvije činjenice: da se agresivno ponašanje može pojaviti i bez emocionalnih promjena u organizmu, kao jednostavno iskazivanje naučenog ponašanja te da do učenja može doći ne

samo kroz vlastitu aktivnost i potkrepljivanje te aktivnosti, već i samim promatranjem aktivnosti drugih osoba (Bandura,1959).

2.5.4. Teorije o biološko-fiziološkim uzrocima agresivnosti

Istraživanja kojima su se pokušale naći biološke osnove agresivnosti uglavnom se kreću u tri pravca. Jedan je pokušaj objašnjenja agresivnosti preko viška jednog Y kromosoma (XYY sindrom) uz postojanje drugih genetskih utjecaja na agresivnost, drugi je pokušaj povezivanja hormona (prvenstveno testosterona) i agresivnosti, a treći pokušaj otkrivanja centara u mozgu koji bi bili odgovorni za agresivno ponašanje. Istraživanja pokazuju da zone za kontrolu agresivnosti leže u temporalnom režnju mozga i subkortikalnim strukturama (limbički sustav) koje čine: cingulum, amygdala, hipocampus, thalamus, hypothalamus i septum. Također, postoje istraživanja koja neuropsihološkim deficitima kao i sniženim intelektualnim sposobnostima pripisuju važan utjecaj na razvoj agresivnosti. Većina istraživanja pokazuje postojanje spolnih razlika u razvoju agresivnosti. Iako u prve dvije do tri godine života spolne razlike u agresivnosti nisu jače izražene već u predškolskoj dobi one postaju vrlo upadljive. Spolne razlike u agresivnosti u školskoj dobi i adolescenciji su još izraženije, a traju i u odrasloj dobi. Zanimljivo je da su dječaci/muškarci agresivniji od djevojčica/žena ne samo fizički nego i verbalno. Spolne razlike rezultat su zajedničkog djelovanja bioloških i socijalnih čimbenika. Istraživanja s jedne strane ukazuju na povezanost između muških spolnih hormona i agresivnosti, a s druge strane da se biološkim čimbenicima pridružuju razlike u socijalizaciji dječaka i djevojčica. Agresivnost se smatra prihvatljivom komponentom muške spolne uloge, ali ne i ženske.

2.6. AUTODESTRUKTIVNO PONAŠANJE

Autodestruktivno ponašanje je ponavljano svojevolumno ozljeđivanje vlastitog tijela bez trenutane 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 (Dodig-Ćurković, 2013).

Prema Tremblay i suradnicima, roditelji su primijetili da je 27% trogodišnjih dječaka i 19% trogodišnjih djevojčica iskazivalo neku vrstu agresivnog ponašanja, najčešće u vidu udaranja ili guranja, dok je kod 14% djece zabilježeno intenzivnije agresivno ponašanje, od toga kod čak 57% dječaka s obzirom na djevojčice.

Istraživanja su u Hrvatskoj pokazala su da je o samoozljeđivanju tijekom 2007. godine razmišljalo 23% dječaka i 39% djevojčica, a čak 43% djece u dobi 15 do 16 godina. 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 (Dodig-Ćurković, 2013).

2.6.1. Samoozljeđivanje

Samoozljeđivanje je čin agresije prema sebi i nanošenje fizičke ozljede samome 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 otvore u tijelu
- namjerno lomljenje kostiju i ostavljanje masnica po tijelu
- čupanje za kosu.

U usporedbi sa suicidalnim ponašanjem 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 (Dodig-Ćurković, 2013).

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 ponavljanja autodestruktivnog ponašanja u odnosu na adolescente (Dodig-Ćurković, 2013).

Autodestruktivno ponašanje kod adolescenata se javlja kao mehanizam koji se olakšavaju emocionalne poteškoće, smanjuje napetost ili kao oblik samokažnjavanja ili kao manipulacija.

Loš socioekonomski status prema Wenzu je čest uzrok samoozljeđivanja, veći rizik za samoozljeđivanje i autodestruktivno ponašanje imaju djeca koja žive samo s jednim roditeljem i djeca razvedenih roditelja.

Brent navodi, kao i Eirini i Buchann, da veći rizik za razvoj psihopatologije kao i za samoubojstvo imaju upravo oni adolescenti koji žive samo s jednim roditeljem (Dodig-Ćurković, 2013).

2.7. 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 u kojem nije nastupila smrt. Pokušaj samoubojstva naziva se parasuicid ili tentamen suicidi. (Dodig-Ćurković, 2013). 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 (Dodig-Ćurković, 2013):

- 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 učestalim sukobima s roditeljima imaju 30% veću vjerojatnost za suicidalno ponašanje za razliku od onih koji nemaju takve probleme.

Prosječno oko 5% adolescenata, koji se unutar 9 godina jednom ili više puta samoozljeđuju, pokušaju suicid. Adolescenti koji režu ručni zglob skloniji su suicidu od onih koji se režu po drugim mjestima (Dodig-Ćurković, 2013).

Suicidalno ponašanje uključuje kontinuum od promišljanja o smrti, preko razmišljanja o suicidu i planiranja do pokušaja i izvršenja.

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 liječničke procjene djeteta koje iskazuje suicidalnost potrebno je detaljno ispitati okolnosti koje su prethodile i uslijedile suicidalnosti, procijeniti postojanje simptoma poremećaja raspoloženja, prisustvo zloupotrebe tvari, postojanje impulzivnog ponašanja, ispitati namjeru toga čina, te procijeniti smrtnost metode pokušaja suicida (Dodig-Ćurković, 2013).

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, beznade, žaljenje što pokušaj nije uspio, želja da se pridruži mrtvome članu obitelji, vjerovanje da je smrt ugodna, psihotična stanja, intoksikacija.

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 roditeljska sposobnost sadržavanja omogućavala razvoj koherentnog selfa uz pomoć drugih važnih objekata (učitelji u školi, treneri, instruktori). Aktivnosti u široj zajednici remodelirati će ličnost djeteta i adolescenta koja primarno niče iz obiteljskog okruženja na specifičnoj genetskoj podlozi ponaosob za svako dijete.

Kod nekih slučajeva izrazitoga agresivnog ponašanja gdje dolazi do težih povreda drugih osoba i oštećenja imovine moguća su i izricanja odgojno-popravnih mjera, kao što je smještaj djeteta, adolescenta u odgojne ustanove, domove i sl.

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 teškoćama.

Komorbiditet psihijatrijskih poremećaja kod autodestruktivnih oblika ponašanja prema MKB-10:

- poremećaji ponašanja – skupina poremećaja F 90-F 99
- depresivni poremećaj – skupina poremećaja F 30
- posttraumatski stresni poremećaj – skupina poremećaja F40
- poremećaji ličnosti – skupina poremećaja F 60
- poremećaji prehrane – skupina poremećaja F 50-F 50.9
- psihotična stanja – skupina poremećaja F 20

- intelektualne teškoće, poteškoće učenja, mentalna retardacija – skupina poremećaja F 70 i F 80

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 teškoće komunikacije i teškoće 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 (Dodig-Ćurković, 2013).

3. ZAKLJUČAK

Agresivnost i nekontrolirana agitacija sve su češći uzrok upućivanja djeteta liječniku. Kako agresivnost predstavlja vrlo kompleksan problem, ono zahtijeva i multidisciplinarnan pristup u prepoznavanju i rješavanju problema agresivnosti. Kao što je navedeno najčešći uzroci nastanka agresivnosti nalaze se u obilježjima ličnosti, obiteljskim prilikama, školskim neuspjesima, životnoj okolini te cjelokupnoj društvenoj situaciji. 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 i pedagoško okruženje, a koji su preduvjeti za razvoj zdrave, odrasle osobe koja je ravnopravni član zajednice.

4. ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici doc. dr. sc. Zorani Kušević na velikoj pomoći i savjetima prilikom izrade ovoga rada, također posebno se zahvaljujem prof. dr. sc. Rudolfu Gregureku i prof. dr. sc. Draženu Begiću što su mi pomogli i izašli u susret.

Velika zahvala i kolegama iz Psihijatrijske bolnice za djecu i mladež na podršci i poticanju za vrijeme trajanja studija.

5. LITERATURA

Bandura A, Walters RH. Adolescent aggression. New York, The Ronald Press Company, 1959.

Brenner C. The Mind in Conflict. New York, Int. Univ. Press, 1982.

Coie JD, Dodge KA. Aggression and antisocial behavior. In: P. Mussen, W. Damon, N. Eisenberg (Eds.), Handbook of Child Psychology: Vol. 3. Social, Emotional and Personality Development (pp. 779- 862). New York, 1997.

Dodig-Ćurković K. i sur. Psihopatologija dječje i adolescentne dobi. Osijek, Svjetla grada, 2013.

Fairbairn WR. Psihoanalitičke studije ličnosti. Zagreb, Naprijed, 1982.

Fromm E. Anatomija ljudske destruktivnosti I. Zagreb, Naprijed, 1986.

Hartmann H, Kris E, Loewenstein RM. The Function of Theory in Psychoanalysis, Drives, Affects, Behaviour. New York, Int. Univ. Press, 1983.

Kocijan-Hercigonja D. i sur. Biološke osnove i terapija ponašanja. Zagreb, Školska knjiga, 2006.

Lagerspetz KMJ, Bjorkqvist K, Peltonen, T. Is indirect aggression typical of females? Gender differences in aggressiveness in 11- to 12-year-old children. Aggressive Behavior 1988; 4(6), 403-414.

Lerotić G. Psihoanalitička teorija agresije. Psihoterapija 1986; Vol.16, No 2, 1-13.

Loeber R, Hay D. Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. Annual Review of Psychology 1997; 48, 371-410.

Mahler M. et al. The psychological Birth of Human Infant. New York, Basic Book, 1975.

Martin A, Volkmar FR. Lewis child and adolescent psychiatry. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2007.

Nikolić S, Marangunić M. i sur. Dječja i adolescentna psihijatrija. Zagreb, Školska knjiga, 2004.

Winnicott D. Dijete, obitelj i vanjski svijet. Zagreb, Naprijed, 1980.

Žužul M. Agresivno ponašanje. Zagreb, RZ RK SSOH, 1989.

6. ŽIVOTOPIS

OSNOVNI PODACI

Ime i prezime: Irena Đuretić

Datum rođenja: 10.11.1981.

Adresa: Ive Tijardovića 12, 10 000 Zagreb

Mobitel: 091/8989386

E-mail: irenaduretic@gmail.com

OBRAZOVANJE

2000.g. završena Škola za medicinske sestre Vinogradska, Vinogradska cesta 29

2007.g. završen Studij sestrinstva na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu, Mlinaska cesta 38

2008.g. položen Stučni ispit

2014.g. završen Diplomski studij sestrinstva na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu,

Šalata 3

RADNO ISKUSTVO

2007.-2008.g. KBC Zagreb, Rebro, Klinika za anesteziju, reanimaciju i intenzivno liječenje

Od 2008.g. Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež, Kukljevićeva 11, Zagreb

Ostala znanja

- engeski jezik u govoru i pismu
- rad na računalu
- vozačka dozvola B kategorije