

Razdiralno vedenje otrok in mladostnikov kot možen simptom različnih duševnih motenj

Aggressive behaviour in children and adolescents as a possible symptom of different mental disorders

Hojka Gregorič Kumperščak

UKC Maribor, Klinika za pediatrijo, Ljubljanska 5, 2000 Maribor

Korespondenca/ Correspondence:

Hojka Gregorič
Kumperščak,
e: hojka.kumerscak@
ukc-mb.si

Ključne besede:

razdiralno vedenje;
vedenjske motnje;
opozicionalno-
kljubovalna motnja;
hiperkinetične motnje;
otroci in mladostniki

Key words:

aggressive behaviour;
conduct disorder;
oppositional defiant
disorder; attention deficit
hyperkinetic disorder;
children and adolescents

Citirajte kot/Cite as:

Zdrav Vestn 2014;
83: 872–80

Prispelo: 8. mar. 2014,
Sprejeto: 9. jul. 2014

Izvleček

Vzroki razdiralnega – nasilnega vedenja otrok in mladostnikov so mnogoteri. Prepletajo se zunanji in notranji dejavniki, od osebnostnih oz. značajskih, družinskih, družbeno-kulturnih, socialnih do finančno-ekonomskih; v ozadju razdiralnega vedenja pa so lahko tudi duševne motnje. V prispevku obravnavamo le razdiralno vedenje otrok in mladostnikov, ki je povezano z duševnimi motnjami. Občasni in posamezni izbruhi jeze, besa in razdiralnega vedenja pri otrocih in mladostnikih se pogosto zamenjujejo z motnjami vedenja. Vendar je za motnje vedenja značilen stalni vzorec razdiralnega vedenja, trajno prekrševanje osnovnih pravic drugih in ponavljajoče se prestopanje splošno uveljavljenih socialnih norm. Razdiralno vedenje je lahko prisotno tudi pri opozicionalno-kljubovalni motnji, hiperkinetičnih, razpoloženskih in psihotičnih motnjah, pri motnjah avtističnega spektra ter nekaterih drugih razvojnonevroloških motnjah, vključno z duševno manjrazvitostjo, vendar le kot možen in ne kot značilen simptom.

Otroški in mladostniški psihiater lahko večinoma pomaga le v primerih razdiralnega vedenja, ki je povezano z duševnimi motnjami. Pri vseh ostalih vzrokih razdiralnega vedenja nima otroška in mladostniška psihiatrija ne možnosti ne zmogljivosti ne indikacij in tudi ne vzvodov za obravnavo.

Abstract

Causes of aggressive behaviour in children and adolescents are manifold with exogenous and endogenous factors such as personality traits, temperament, family, socio-cultural, economic and financial factors closely intertwined. Aggressive behaviour, however, can also be associated with mental disorders and this is the topic discussed by the present article. Isolated and occasional outbursts of anger, aggressiveness and rage in children and adolescents can often be confused with conduct disorder. However, conduct disorder is characterised by a stable aggressive behavioural pattern, recurrently violating either the basic rights of the others or of the generally accepted social norms. Aggressive behaviour can also be present in Oppositional Defiant Disorder (ODD), Attention Deficit Hyperkinetic Disorder (ADHD), affective and psychotic disorders, autistic spectrum disorders and in some other developmental neurological disorders including intellectual disability – but only as a possible and not a typical symptom.

Child and adolescent psychiatrist can mainly help with aggressive behaviour associated with mental disorders. In all other possible causes of aggressive behaviour, child and adolescent psychiatry has neither the possibility/capacity nor the authority to intervene.

Uvod

Z izrazom razdiralno vedenje bi radi presegli pojem agresivnosti v ožjem pomenu, saj beseda v latinščini pomeni pristopiti, približati se in naj bi torej imela pozitivno konotacijo. Agresija je osebna značilnost, ki jo imamo v bolj ali manj izraženi obliki vsi ljudje in je v določeni meri tudi nujna za preživetje.¹ Vendar ima v splošni in tudi strokovni javnosti agresivnost precej negativen pomen. V prispevku bomo izraz agresivno vedenje, ki ga v angleški literaturi zasledimo kot »aggressive behaviour« ali »violent behaviour« nadomestili z razdiralnim vedenjem in tako sledili slovensko sprejeti terminologiji.² Prof. Miloš F. Kobal opozarja še na termin disocialno vedenje, ki primerno poudari ambivalentno tendenco motenega vedenja – nasilnost na eni strani ter zavestno in nezavestno samokaznovanost na drugi.³

Razdiralnost je lahko rezultat marsikaterega čustvenega stanja, motenj v telesnem ali duševnem razvoju, kakor tudi motenj v kognitivnem procesiranju.⁴ Izrazito negativno čustvovanje lahko niža frustracijsko toleranco in večja občutke jeze in tako pripelje do razdiralnosti tudi v situacijah, v katerih bi večina ljudi ostala mirnih. Motnje v kognitivnem procesiranju lahko pripeljejo do napačne interpretacije impulzov iz okolja in do razdiralnih odgovorov na nevtralne impulze. Visoka anksioznost je lahko podlaga izogibalnemu vedenju in/ali pobegu iz določenih situacij. Med tem pa lahko pride tudi do razdiralnega vedenja proti osebam/predmetom, ki pridejo bežeči osebi na pot. Motnje v duševnem ali telesnem razvoju lahko pomembno nižajo zmožnost konstruktivnega reševanja problemov in so lahko podlaga za razvoj neprimernih, manj zrelih obrambnih mehanizmov, kar lahko v stresnih situacijah vodi tudi v razdiralno vedenje.⁴

Razdiralnost otrok in mladostnikov je lahko glavna značilnost nekaterih duševnih motenj, npr. motenj vedenja, opozicionalno-kljubovalne motnje, v manjši meri pa je lahko prisotna tudi pri hiperkinetičnih, razpoloženskih in psihotičnih motnjah ter motnjah avtističnega spektra.¹ V pričujočem

prispevku bo obravnavano le razdiralno vedenje, v ozadju katerega so duševne motnje.

Epidemiološke značilnosti razdiralnega vedenja

Razdiralno vedenje je lahko razvojno pogojeno in je do neke mere prisotno pri večini otrok v določeni razvojni fazi ter ima tako prehodni značaj. Pogosto je med predšolskimi otroki in se značilno zmanjša ob vstopu v šolo. Študija Tremblaya s sodelavci je pokazala, da le 28 % triletnikov ne izraža nikakršnega razdiralnega vedenja oz. ga izkazuje le zelo redko, da pa vsaj 27 % triletnih dečkov in 19 % triletnih deklic vsaj občasno tepe ali poriva svoje sovrstnike.⁴ Kar 58 % triletnikov ne glede na spol je v tej študiji izkazovalo zmerno, 14 % pa hudo razdiralnost; od teh je bilo 57 % dečkov.⁴ V osnovni šoli se pogostost razvojno pogojenega razdiralnega vedenja manjša in znaša okoli 12 % za dečke in 6 % za deklice.⁵

V šolskem obdobju se jasno izoblikuje skupina otrok, pri katerih razdiralno vedenje ne preneha in se tudi ne spreminja glede na zunanje okoliščine.⁶ Pri tej skupini otrok gre za trajno razdiralno vedenje, kar je najtežja oblika motenj vedenja. Kaže presenetljivo visoko stopnjo stabilnosti.⁷ Povezava med razdiralnostjo v otroštvu in mladostništvu ter razdiralnostjo v odrasli dobi je visoka; faktor korelacije je 0,63.⁸ Faktor korelacije je višji za dečke (0,5) kot deklice (0,35).⁹ Študija Erona s sodelavci je pokazala, da ostaja razdiralno vedenje pri tej skupini otrok stabilno skozi različna razvojna obdobja, tudi če upoštevajo vpliv socialnega okolja in inteligence ter na prenos razdiralnega vedenja med generacijami, vse tja do tretje generacije.¹⁰

Razdiralno vedenje in duševne motnje

Poznamo različne delitve razdiralnega vedenja. Etiološko gledano je smiselna ta, ki razdiralno vedenje deli glede na povezavo z možnimi dejavniki tveganja, kot so:⁴

1. motnje impulzov (razdiralno vedenje je povezano npr. z motnjami vedenja, opozicionalno-kljubovalno motnjo ali hiperkinetično motnjo);
2. motnje razpoloženja, anksioznost in afektivne reakcije (razdiralno vedenje je povezano npr. z depresivno motnjo);
3. kognitivne in senzorne motnje (razdiralno vedenje je povezano npr. s shizofrenijo, motnjami avtističnega spektra ali z duševno manjrazvitostjo);
4. okolje (razdiralno vedenje v tej skupini je povezano npr. z disfunkcionalno družino, socialnim učenjem);
5. somatske bolezni (razdiralno vedenje je povezano npr. z epilepsijo, tumorji).

V prispevku bomo podrobneje predstavili le prve tri skupine.

1. Razdiralno vedenje, povezano z motnjami v kontroli impulzov

Osebe, katerih vedenje je močno povezano s takojšnjim odgovorom na zunanji dražljaj ali željo, pogosto ne zmorejo prilagoditi svojega vedenja, kognicije ali afekta v socialno sprejemljivem okvirju. Za takšne osebe pravimo, da so impulzivne. Če gre za ponavljajoče se verbalne ali fizične izbruhe zaradi nezmožnosti kontrole agresivnih impulzov, ki bistveno manjšajo vsakodnevno delovanje, jih lahko opredelimo kot *intermitentno eksplozivno motnjo* (*angl.* intermittent explosive disorder, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5, DSM-5).¹¹ Slaba kontrola impulzov je značilna tudi za otroke in mladostnike z motnjami vedenja. Impulzivnost pa predstavlja tudi skupino simptomov znotraj hiperkinetičnih motenj (HKM).^{1,4}

1.1 Motnje vedenja

Motnje vedenja so pogosta napotna diagnoza, s katero pride otrok ali mladostnik k otroškemu in mladostniškemu psihiatru. Največkrat se izkaže, da gre pri teh napotitvah le za posamezne izbruhe jeze, besa in/ali nasilja, ki nikakor ne ustrezajo diagno-

stičnim merilom motnje vedenja. Motnja vedenja je »težka«¹¹ diagnoza, saj pomeni, da gre za stalen vzorec razdiralnega vedenja, za trajno prekoračevanje osnovnih pravic drugih in ponavljajoče se prestopanje splošno uveljavljenih socialnih norm.¹¹ Motnja ima večinoma tudi slabo napoved izida, sploh če se začne v otroštvu, saj se lahko nadaljuje v odraslo dobo, pridružijo pa se ji lahko še druge duševne motnje, pogosto tudi disocialna osebnostna motnja.^{1,4,11} Zato lahkotnost pripisovanja te diagnoze strokovno nikakor ni utemeljena.

Deseta mednarodna klasifikacija bolezni (MKB-10) razdeli motnje vedenja v pet podtipov:

- motnja vedenja, omejena na družinski okvir,
- nesocializirana motnja vedenja,
- socializirana motnja vedenja,
- opozicionalno-kljubovalno vedenje,
- druge motnje vedenja ter neopredeljena motnja vedenja.¹²

Izolirana razdiralna dejanja ne zadostujejo za diagnozo motnje vedenja. Opisano vedenje ne sme biti prisotno le občasno, ampak mora imeti značaj trajnega vzorca vedenja s trajanjem dlje kot šest mesecev, da ga lahko opredelimo kot motnjo vedenja.¹²

Motnje vedenja pa morajo po DSM-5 trajati vsaj leto dni, da jih lahko diagnosticiramo.¹¹ Razdeljene so glede na starost ob začetku motnje na: motnje vedenja z začetkom v otroštvu (pred 10. letom starosti); motnje vedenje z začetkom v mladostništvu (po 10. letu starosti); in motnje vedenja z neopredeljenim začetkom. Razdelitev po starostnih skupinah je smiselna zaradi različnega poteka, napoved izida in terapevtske odzivnosti, študije pa razkrivajo tudi verjetno različno etiologijo. *Motnje vedenja z začetkom v otroštvu* so mnogo pogostejše pri dečkih, ki pogosto izkazujejo veliko telesnega nasilja do drugih in imajo tudi drugače motene medvrstniške odnose. V zgodnjem otroštvu so lahko imeli opozicionalno-kljubovalno motnjo, vendar pogosto že pred puberteto izpolnjujejo diagnostične kriterije za motnjo vedenja. Mnogo teh otrok ima pridruženo HKM in/ali druge razvojno nevrološke težave ali motnje. Pri večini se motnja vedenja

nadaljuje v odraslo dobo.¹¹ *Motnje vedenje z začetkom v mladostništvu* se praviloma ne nadaljujejo v odraslo dobo, potekajo z manj telesnega nasilja do drugih in manj motenimi odnosi s sovrstniki, razmerje med fanti in dekletimi pa je bolj izenačeno.¹¹

Diagnozo motnje vedenja po DSM-5 lahko postavimo, če so prisotni vsaj trije od 15 meril, in sicer v zadnjem letu dni, od teh vsaj eden v zadnjih šestih mesecih:¹¹

- a. Agresija do ljudi ali živali
 1. Pogosto nadleguje, grozi ali ustrahuje druge.
 2. Pogosto začne pretepe/telesno obračunavanje.
 3. Je uporabil orožje, ki lahko resno poškoduje druge (kij, opeka, razbita steklenica, nož, pištola).
 4. Je bil fizično krut do ljudi.
 5. Je bil fizično krut do živali.
 6. Je kradel tako, da se je soočil z žrtvijo (žeparjenje, rop, izsiljevanje, oborožen rop).
 7. Je prisilil nekoga v spolno dejavnost.
- b. Uničevanje lastnine
 8. Sprožil požar z namenom povzročiti škodo.
 9. Namenoma uničil imetje drugega.
- c. Slepjarjenje ali tatvina
 10. Je vdrl v hišo, zgradbo, avto od nekoga drugega.
 11. Pogosto laže, da pridobi želene predmete, naklonjenost ali da se izogne obveznostim.
 12. Je ukradel stvari nepomembne vrednosti, ne da se je soočil z žrtvijo (kraje v trgovinah brez vloma, sleparjenje).
- d. Hude kršitve pravil
 13. Pogosto ostane pozno ponoči zdoma kljub prepovedi staršev, začetek pred 13. letom.
 14. Je pobegnil od doma čez noč vsaj 2-krat, če živi s starši oz. skrbniki; ali vsaj 1-krat, če pobeg traja daljše obdobje.
 15. Pogosto »špricanje« šole, z začetkom pred 13. letom.

Kateri koli podtip motnje vedenja lahko spremlja *omejeno prosocialno vedenje*, ki ga označuje pomanjkanje obžalovanja ali občutka krivde, neobčutljivost oz. pomanjkanje empatije, nezaskrbljenost zaradi slabega učnega ali delovnega uspeha ter plitko oz. pomankljivo čustvovanje.¹¹ Vendar srečujemo omejeno prosocialno vedenje, za katerega so značilne neobčutljive – brezčustvene osebnostne značilnosti (*angl.* callous – unemotional traits), pogosteje pri motnjah vedenja z začetkom v otroštvu. Raziskave kažejo, da ima dednost pri motnjah vedenja z omejenim prosocialnim vedenjem še posebej veliko vlogo, zato je potek takšne motnje težji.^{1,4,11}

1.2 Opozicionalno-kljuovalna motnja

DSM-5 sicer opredeli *opozicionalno-kljuovalno motnjo* v istem poglavju kot motnje vedenja, vendar ne kot podtip le-teh. Pri opozicionalno-kljuovalni motnji gre za ponavljajoče se vzorce negativističnega, razdiralnega, neposlušnega in sovražnega vedenja, ki ovira vsakodnevne dejavnosti. Značilno se začne že v predšolskem obdobju. Za diagnozo je potrebna prisotnost vsaj štirih od osmih simptomov, ki morajo biti prisotni vsaj šest mesecev v odnosih z vsaj eno osebo, ki ni sorojenec:¹¹

- a. Jezljivo-razdražljivo razpoloženje
 1. Ima pogoste izbruhe jeze.
 2. Je pogosto občutljiv in hitro nejevolen/siten.
 3. Je pogosto jezen in užaljen/zamerljiv.
- b. Prepirljivo in kljuovalno vedenje
 4. Pogosto se prepira z avtoritetami oz. z odraslimi.
 5. Pogosto aktivno kljubuje ali odkloni zahteve, ki so jih postavile avtoritete, ali kljubuje pravilom.
 6. Pogosto namenoma nagaja drugim.
 7. Pogosto krivi druge za svoje napake ali nepravilno vedenje.
- c. Maščevalnost
 8. Je bil zamerljiv ali maščevalen vsaj dvakrat v zadnjih šestih mesecih.

Simptome opozicionalno-kljubovalne motnje ne smemo zamenjati z razvojno pogojeno trmo, izbruhi jeze in kljubovalnostjo, ki jo vidimo npr. pri predšolskih otrocih. Diagnozo opozicionalno-kljubovalne motnje lahko postavimo le, če simptomi po pogostosti in vztrajanju presegajo meje značilne za določeno starost, kulturo in spol. Simptomi morajo biti prisotni večino dni vsaj zadnjih šest mesecev in morajo pomembno manjšati otrokovo delovanje. Z motnjami vedenja ima opozicionalno-kljubovalna motnja skupno moteno vedenje, ki pripelje posameznika v konflikt z avtoritetami. Vendar so vedenjski odkloni pri slednji manjši in ne vsebujejo nasilja do živali ali ljudi, uničevanja premoženja, kraj in sleparjenja. Čustvena disregulacija (jeza in razdražljivo razpoloženje) je glavna značilnost opozicionalno-kljubovalne motnje, ki pa nasprotno ni ključna pri motenjah vedenja.¹¹ Druga značilnost opozicionalno-kljubovalne motnje je jezno in razdražljivo razpoloženje, ki je dejavnik tveganja za kasnejši razvoj anksiozne in depresivne motnje.^{1,4,11} Nasprotno pa so simptomi opozicionalno-kljubovalne motnje, kot so kljubovalnost, prepirljivost in maščevalnost, dejavnik tveganja za kasnejši razvoj motenj vedenja.¹¹

1.3. Hiperkinetične motnje

Simptome HKM lahko razdelimo v tri skupine; v prvi skupini so simptomi motene pozornosti; v drugi so simptomi hiperaktivnosti in v tretji so simptomi impulzivnosti. Motena pozornost se klinično kaže tako, da otrok ne posluša, ko mu kaj govorimo, ni pozoren, je hitro odkrenljiv, ne more dokončati naloge ali igre, izgublja stvari in se zato izogiba nalogam, ki zahtevajo zbranost. Simptome hiperaktivnosti najlažje diagnosticiramo, saj se kažejo kot nenehna motorična dejavnost otroka. Nепrestano je v gibanju, teka, pleza, vstaja med poukom, ne more delati nečesa tiho, od jutra do večera je v pogonu. Impulzivnost, ki predstavlja tretjo skupino simptomov, se kaže kot hitro odgovarjanje na vprašanja, ki še niso niti postavljena do konca. Otrok ne more počakati, da pride na vrsto, prekinja druge, skače v besedo in neprestano govori.¹²

Simptomi HKM nižajo otrokovo splošno delovanje, moteči pa so tudi za okolico – tako ožjo (družino) kot širšo (sovrstniki, šola). Simptomatika HKM je zelo spremenljiva. Otrok se lahko v enem dnevu pri šolskem delu skoncentrira le za 10 minut, drugi »boljši« dan pa za 30 minut, pri računalniških igrah pa zdrži tudi po uro ali več.¹³

Čeprav je HKM značilno prepoznana v otroštvu, se nadaljuje v adolescenco in v večini primerov tudi v odraslo dobo, vendar z drugačno klinično sliko. Simptomi HKM se spreminjajo z razvojem; če je pri nekem otroku v vrtcu in prvih razredih osnovne šole najbolj problematična njegova hiperaktivnost, se ponavadi ta z razvojem manjša, največ težav v adolescenci in odrasli dobi pa povzroča motena pozornost in impulzivnost. Impulzivnost se okoli adolescence značilno poveča in vztraja še v odraslem obdobju.¹³

Hiperkinetična motnja je zelo pogosto povezana z motnjo vedenja, pred adolescenco pa z opozicionalno-kljubovalnim vedenjem. Če je motnji vedenja ali opozicionalno-kljubovalni motnji pridružena še HKM, kažejo te osebe veliko več razdiralnega vedenja kot osebe z obema motnjama in brez HKM.^{14,15}

Osebe z HKM imajo tudi pogosto motnje v govornem razvoju, predvsem težave pri razumevanju in izražanju bolj zahtevnih vsebin.¹⁶ Ni še jasno, ali te opisane motnje govora večajo agresijo neodvisno od HKM. Vsekakor kombinacija zmanjšane možnosti izražanja in slabe kontrole impulzov hitreje preide v razdiralno vedenje.⁴

2. Razdiralno vedenje v povezavi z razpoloženjem, afektom in anksioznostjo

Povezave med negativnimi čustvi, kot so razdražljivost, labilnost, jeza, disforija, frustrabilnost, in razdiralnim vedenjem so dobro znane.^{17,18} Pri mladih še posebej iztopa povezava med čustveno nestabilnostjo in razdiralnostjo. Depresivna motnja in razdiralnost sta prav tako povezani. Med otroki in mladostniki z motnjo vedenja, pri katerih je razdiralno vedenje glavna značilnost, so

našli od 11–46 % soobolevnosti z depresivno motnjo, kar je mnogo več kot je depresivne motnje v splošni populaciji.¹⁹ V splošni populaciji otrok je prevalenca depresivne motnje med 1–2 %, med mladostniki pa med 3–8 %.²⁰ Včasih je težko je ugotoviti, katera motnja nastopi prva, dejstvo pa je, da prisotnost ene poveča možnost nastopa druge. Otrok ali mladostnik z motnjo vedenja postane hitro socialno nesprijet, odrinjen na rob družbe, kar lahko vodi v depresivno motnjo. Če sta prisotni obe motnji, je potek obeh slabši, kot če bi otrok ali mladostnik imel le eno. Otrok, ki ima hkrati obe motnji, ima kot odrasel zaradi motenj v socialnih stikih, ki jih nosi s seboj motnja vedenja, večjo verjetnost, da bo socialno manj uspešen in sprejet. Imel bo več prekrškov in tudi kriminalnih dejanj ter bo pogosteje izkazoval samomorilno vedenje, kot če bi imel le depresijo.²¹

Depresivna motnja, ki je prisotna že v otroštvu, že sama po sebi nosi večje tveganje za razvoj osebnostne motnje. Tako ima otrok z depresivno motnjo 10-krat večjo možnost za razvoj disocialne osebnostne motnje v primerjavi z njegovimi vrstniki, ki depresivne motnje nimajo.²²

Tudi pri otrocih in mladostnikih z nevrotskimi in anksioznimi motnjami lahko občasno srečamo razdiralno vedenje. Npr. prizadevanja, da prekinemo obsesivne rituale pri obsesivno-kompulzivni motnji ali vztrajno vzpodbujanje otroka s separacijsko anksioznostjo, da obiskuje šolo, lahko včasih pripelje do razdiralnega vedenja.⁴

Anksiozne motnje so pogoste pri otrocih in mladostnikih z motnjami vedenja. V različnih študijah je med 5–55 % otrok in mladostnikov z motnjami vedenja imelo tudi anksiozne motnje.¹⁹ Če se anksiozni motnji pridruži še HKM ali opozicionalno-kljubovalna motnja, je vedenje zaradi težav s kontrolo impulzov, ki otežujejo primerne soočanje z anksioznostjo, lahko še težje obvladljivo.⁴ Pogosta je tudi soobolevnost anksioznosti in/ali HKM s tiki, vključno s sindromom Gille de la Tourette. Taka kombinacija pogosto pripelje do napadov besa in razdiralnega vedenja.²³

3. Razdiralno vedenje, povezano s kognitivnimi in senzornimi motnjami

Sem spadajo duševne in razvojno nevrološke motnje, pri katerih lahko pride do razdiralnega vedenja zaradi same narave motnje, saj pride do motenj v procesu predelave informacij in/ali motenj v komunikaciji in odgovoru na stres.⁴

Shizofrenija z zgodnjim začetkom in z začetkom v odrasli dobi je pogosto povezana z razdiralnim vedenjem.^{24,25} Simptomi shizofrenije, ki višajo tveganje za razdiralno vedenje, so: močno izraženi pozitivni simptomi, paranoidne blodnje, moški spol in prisotnost razdiralnega vedenja že pred začetkom shizofrenije.⁴ Pri odraslih bolnikih s shizofrenijo je dokazano manj razdiralnega vedenja v fazi stabilizacije bolezni, torej zunanaj akutne faze, med tem ko ta povezava ni tako jasna pri mladostnikih s shizofrenijo.⁴

Pri nekaterih razvojnonevroloških motnjah (motnje avtističnega spektra, Prader-Willijev sindrom in v nekoliko manjši meri tudi Downov sindrom), je razdiralno vedenje pogostejše.²⁶ V sklopu teh motenj, kakor tudi pri duševni manjrazvitosti nasploh, je stopnja razdiralnega vedenja povezana z nizkim inteligenčnim količnikom in moškim spolom. Pri tej populaciji sta za razdiralno vedenje še posebej tvegani dve razvojni obdobji: sredina otroštva in začetek pubertete ter adolescence.⁴

Tudi avtoagresivno vedenje je lahko povezano z mnogimi razvojnimi motnjami ter z nizkim inteligenčnim količnikom. Takšni otroci težje sporočajo o svojem nelagodju ali nestrinjanju z neko situacijo, prav tako imajo omejen repertoar vedenj, s katerimi lahko pridobijo pozornost drugih, zato se pogosto zatekajo tudi k avtoagresivnemu vedenju. Avtoagresivno vedenje lahko zmanjšamo, če uvedemo smiselne spremembe v okolju in odpravimo vzrok neprimerne reakcije – avtoagresivnega vedenja. Npr. otroci s motnjami avtističnega spektra so lahko preobčutljivi na zvoke ali dotike, zato lahko dosežemo spremembo v vedenju, če zvoke utišamo ali zmanjšamo dotike.⁴

Ukrepanje ob razdiralnem vedenju

Priča smo velikim družbeno-socialnim spremembam. Ena izmed njih je npr. permisivna vzgoja, ki otroku/mladostniku ne postavi jasnih meja in ga ne opremi s konstruktivnim (ali pa sploh nobenim) načinom soočanja s težavami. Takšni otroci in mladostniki se lahko, ko so soočeni z zahtevami in mejami, ki jih niso vajeni, odzovejo tudi zelo razdiralno. Pot do spremembe vedenja takšnega otroka/mladostnika in načina starševske vzgoje je seveda dolga in je ne bo mogoče prehoditi npr. z urgentno hospitalizacijo posameznega otroka/mladostnika. S takimi napotitvami se otroški in mladostniški psihiatri, ki delamo v bolnišnicah, vse pogosteje soočamo.

Za preprečevanje ali vsaj manjšanje razdiralnega vedenja nasploh, je potrebna cela vrsta sprememb in ukrepov v družinskem, družbenem, vzgojnem, šolskem in vrednotnem sistemu. Program za otroke in mladino, ki ga je leta 2006 sprejela vlada Republike Slovenije, v marsičem opredeljuje naloge in tudi potrebne spremembe na posameznih področjih.²⁷ Za ugotovitev dejanskega stanja na področju skrbi za otroke in mladostnike s hudimi motnjami vedenja je bila leta 2011 opravljena obsežna analiza stanja, ki je alarmantna.²⁸ V tej analizi centri za socialno delo, vzgojni in izobraževalni zavodi ter centri za usposabljanje, delo in varstvo ugotavljajo, da ne morejo ustrezno poskrbeti za tretjino do polovico otrok in mladostnikov, ki izražajo razdiralno vedenje. Zato predlagajo vrsto sprememb (sprememb v zakonodaji, večjemu medsektorskemu povezovanju, poglobljenejšemu izobraževanju in ustrežnejši kadrovske zasledbi) za izboljšanje stanja.²⁸

Razdiralno vedenje je hudo provokativno za okolico, ki pa ni vedno tudi dejansko ogrožena. Klinični vtis je, da se delež razdiralnega vedenja veča. Vedno več otrok in mladostnikov iz najrazličnejših razlogov kaže razdiralno vedenje. Zato vse več staršev in različnih služb išče pomoč za takšnega otroka, pa tudi zaščito zase in druge otroke. Pomoč iščejo predvsem pri otroških in mladostniških psihiatrih. Največkrat pričakuje-

jo tudi takojšnjo hospitalizacijo z namenom, da se razdiralni otrok/mladostnik odstrani iz okolja.

Takšna pričakovanja so opravičena le v primeru, če je v ozadju razdiralnega vedenja duševna motnja in še to le v primeru, če je sama narava motnje takšna, da zahteva takojšnjo urgentno obravnavo pri otroškem in mladostniškem psihiatru. Pri že diagnosticirani motnji vedenja ni indikacije, da je pri vsakem vedenjskem izbruhu potrebna obravnavo pri otroškem in mladostniškem psihiatru. Pač pa je potrebno, da je okolje, v katerem tak otrok/mladostnik biva, natančno poučeno, kako v primeru neprimerne vedenja ravnati, in kako takšno vedenje preprečiti. Zato so otroci in mladostniki s težkimi motnjami vedenja tudi vključeni v vzgojno-izobraževalne zavode, kjer naj bi znali preprečevati razdiralno vedenje oz. ga tudi obvladovati, ko/če do njega pride.

V primeru novo nastalega razdiralnega vedenja je potrebno ugotoviti, kaj je v ozadju takšnega vedenja. V prispevku smo obravnavali posamezne duševne motnje, ki so lahko povezane z razdiralnim vedenjem. Če je v ozadju razdiralnega vedenja HKM, pomeni zdravljenje HKM najboljše preprečevanje razdiralnega vedenja. Ko zdravimo HKM, manjšamo tudi impulzivnost, ki je tesno povezana z razdiralnim vedenjem. Kadar je v ozadju razdiralnega vedenja depresivna ali anksiozna motnja, zdravimo to motnjo. Če je prisotna psihotična motnja, uvedemo antipsihotična zdravila. Ukrepom ob razdiralnem vedenju, vključno s farmakoterapijo, je bilo v zadnjem času namenjenih nekaj prispevkov.^{2,29}

V nekaterih primerih hudega razdiralnega vedenja, povezanega z duševno motnjo, bi otroci in mladostniki potrebovali hospitalizacijo na posebnem varovanem oddelku, ki pa ga v Sloveniji kljub mnogim pobudam in sestavljenim programom še vedno nimamo.^{29,30} Predvideva ga resolucija Nacionalnega programa o duševnem zdravju.

Zaključek

Razdiralno vedenje je najbolj pogosta nepotna diagnoza za obravnavo pri otroškem in mladostniškem psihiatru. Taka napotitev

je smiselna in upravičena le, če so v ozadju takšnega vedenja duševne motnje. Urgentna hospitalizacija je na mestu le v primeru, ko sumimo, da je prišlo do pomembnega poslabšanja ali spremembe pri že znani duševni motnji ali pa sumimo na začetek duševne motnje (npr. psihoza, motnja razpoloženja).

Otroška in mladostniška psihiatrija in zdravstvo nasploh nimajo ne možnosti, ne zmožljivosti in ne indikacij, da bi obravnavali vse primere razdiralnega vedenja, do katerih lahko pride zaradi najrazličnejšega prepleta zunanjih in notranjih dejavnikov, ki niso v povezavi z duševnimi motnjami.

Literatura

1. Remschmidt H, Walter R. *Kinderdelinquenz*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 2009.
2. Gorenc M, Anderluh M, eds. *Razdiralno vedenje otrok in mladostnikov na stičišču strokovnih služb*. Ljubljana: Združenje za otroško in mladostniško psihiatrijo; 2013.
3. Kobal FM. Recenzija zbornika razdiralno vedenje otrok in mladostnikov na stičišču strokovnih služb. *Zdrav Vest* 2013; 82: D-261–5.
4. Tremblay RE, Nagin DS, Seguin JR, et al. Physical aggression during early childhood: trajectories and predictors. *Pediatr* 2004; 114: e43–50.
5. Gadow KD, Sprafkin J. *Early childhood inventory 4: norms manual*. New York: Stony Brook, Checkmate; 1997.
6. Broidy LM, Nagin DS, Tremblay RE, et al. Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency; asix-site cross-national study. *Dev Psychol* 2003; 39: 222–45.
7. Blader JC, Jensen PS. Aggression in children: an integrative approach. In: Martin A, Volkmar FR, eds. *Lewis's child and adolescent psychiatry*. Fourth ed. London: Lippincott, Williams&Wilkins; 2007. p. 467–93.
8. Olweus D. The stability of aggressive reaction patterns in human males: a review. *Psychol Bull* 1979; 85: 852–75.
9. Huesmann LR, Eron LD, Lefkowitz MM, Walder LO. Stability of aggression over time and generation. *Dev Psychol* 1984; 20: 1120–34.
10. Eron LD, Huesmann LR. The stability of aggressive behaviour – even unto the third generation. In: Lewis M, Miller SM, eds. *Handbook of psychopathology*. New York: Plenum; 1990. p. 147–56.
11. American psychiatric association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (DSM – 5)*. Washington DC: American psychiatric association; 2013.
12. *Classification of mental and behavioural disorders (ICD-10)*. World Health Organization, Geneva, 1993.
13. Gregoric Kumperscak H. ADHD through different developmental stages. In: Banerjee S, ed. *Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents*. Rijeka: Intech; 2013. p. 3–21.
14. Christian RE, Frick PJ, Hill NL, et al. Psychopathy and conduct problems in children: II. Implications for subtyping children with conduct problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 233–41.
15. Lynam DR. Early identification of the fledgling psychopath: locating the psychopathic child in current nomenclature. *J Abnorm Psychol* 1998; 107: 566–75.
16. Jonsdottir S, Bouma A, Sergeant JA, et al. The impact of specific language impairment on working memory in children with ADHD combined subtype. *Arch Clin Neuropsychol* 2005; 20: 443–56.
17. Frick PJ, Lahey BB, Loeber R, et al. Oppositional defiant disorder and conduct disorder. A meta-analytic review of factor analyses and cross-validation in a clinical sample. *Clin Psychol Rev* 1993; 13: 319–40.
18. Lahey BB, Applegate B, Barkley RA, et al. DSM-IV field trails for oppositional defiant disorder and conduct disorder in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1171–994.
19. Angold A, Costello EJ. Depressive comorbidity in children and adolescents: empirical, theoretical, and methodological issues. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1779–91.
20. Remschmidt H. *Deprssive Storungen*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 2008.
21. Harrington R, Fudge H, Rutter M, Pickles A, Hill J. Adult outcome of childhood and adolescent depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991; 30: 434–9.
22. Kasen S, Cohen P, Skodol AE, Johnson JG, Smailes ES, Brook JS. Childhood depression and adult personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 231–6..
23. Stephens RJ, Sandor P. Aggressive behavior in children with Tourette syndrome and comorbid attention-deficit hyperactivity disorder and obsessive-compulsive disorder. *Can J Psychiatry* 1999; 45: 1329–37.
24. Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, et al. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 490–9.
25. Arseneault L, Cannon M, Murray R, et al. Childhood origins of violent behavior in adults with schizophreniform disorder. *Br J Psychiatry* 2003; 183: 520–5.
26. Graham JM, Rosner B, Dykens E, et al. Behavioral features of CHARGE syndrome (Hall-Hittner syndrome) comparison with Down syndrome, Prader-Willi syndrome, and Williams syndrome. *Am J Med Genet* 2005; 133A: 240–7.
27. Republika Slovenija. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. Program za otroke in mladino 2006–2016. mddsz.gov.si 2006. Dosegljivo na: www.mddsz.gov.si
28. Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo. Otroci in mladostniki s hudimi motnjami vedenja – analiza stanja. mddsz.gov.si Maj 2011. Dosegljivo na: www.mddsz.gov.si
29. Hojka Gregorič Kumperščak. Prepoznava in obravnavanje psihotičnih motenj v otroštvu in mla-

- dostništvu. In: Gregorič A, ed. XXVI. srečanje pediatrov v Mariboru. Prepoznavna in obravnava duševnih motenj. Maribor: Splošna bolnišnica; 2006. p. 41–6.
30. Hojka Gregorič Kumperščak. Avtonomija otroka in mladostnika s stališča otroškega in mladostniškega psihiatra. In: Reberšek Gorišek J, Kraljić S, eds. 18. posvetovanje Medicina in pravo na temo Pacientova avtonomija v novi zakonodaji in praksi. Maribor: Univerzitetni klinični center; 2009. p. 80–3.