

DEFINIRANJE POREMEĆAJA U PONAŠANJU U OKVIRU DJEČJE PSIHIJATRIJE

Milica Pejović Milovančević
Smiljka Popović Deušić
Olivera Aleksić
Institut za mentalno zdravlje
Beograd
Odjeljenje za djecu i omladinu

SAŽETAK

Poremećaji u ponašanju odnose se na one pojave u ponašanju, različite biološke, psihološke, pedagoške i socijalne geneze koje izlaze iz okvira općeprihvaćenih normi ponašanja određene sredine i odnose se na ugrožavanje prava drugih i/ili na obezvrjeđivanje i neprihvatanje socijalnih normi. Okolinski čimbenici i čimbenici ličnosti vezani za funkcioniranje mlade osobe su dvije osnovne grupe etioloških faktora. Kod djece s poremećajima u ponašanju moralno mišljenje je nedovoljno razvijeno, a njihovo ponašanje je daleko od moralnog ponašanja. Postoje brojni problemi u kliničkoj dijagnostici poremećaja u ponašanju s obzirom na kompleksnost kliničke slike i neadekvatne suradnje samog klijenta. Smatra se da 40-50% djece s poremećajima u ponašanju završi s antisocijalnim poremećajem ličnosti ili kao kriminalci sa stalnim recidivima kriminalnih djela. Zato je multimodalan i dugotrajan tretman ovakve djece neophodan.

Ključne riječi: poremećaji u ponašanju, klasifikacija, klinička slika, tretman

Poremećaji u ponašanju spadaju u najčešće dijagnosticirane poremećaje u institucijama mentalnog zdravlja djece i adolescenata. Smatra se da je 25% djece koja primaju pomoć stručnjaka (psihijatar, psihologa, specijalnih pedagoga) dijagnosticirano da manifestira poremećaje u ponašanju (Grizenko & Pawliuk, 1994). Interes za ovaj fenomen, kao i početak istraživanja ovog poremećaja datira još od prije 100 godina. Ipak, tek u zadnjih deset godina ovaj poremećaj je doveden u fokus interesa stručnjaka različitih područja, a broj studija i istraživanja o ovom fenomenu svakodnevno se povećava (Werry, 1997).

Poremećaji u ponašanju odnose se na one pojave u ponašanju, različite biološke, psihološke, pedagoške i socijalne geneze koje izlaze iz okvira općeprihvaćenih normi ponašanja određene sredine i odnose se na ugrožavanje prava drugih i/ili na obezvrjeđivanje i neprihvatanje socijalnih normi. Postoje četiri vrste osnovnih termina kojima se opi-

suju poremećaji u ponašanju: agresivno, destruktivno, obmanjujuće i protiv pravila ili devijantno ponašanje.

Poremećaji u ponašanju negativno utječu na gotovo sve aspekte psihosocijalnog funkcioniranja podrazumijevajući obiteljsko funkcioniranje, funkcioniranje među vršnjacima, socijalno i profesionalno funkcioniranje (Moretti i sur., 1997).

TERMINOLOGIJA POREMEĆAJA U PONAŠANJU

Do danas nije dana jedinstvena definicija poremećaja u ponašanju koja bi precizno i sveobuhvatno definirala ovaj pojam. Poremećaji u ponašanju mogu se promatrati s više strana: pravne, psihološke, pedagoške, sociološke i psihijatrijske. U psihijatriji kao znanstvenoj disciplini teži se klasifikaciji mentalnih poremećaja prema nekoj od vri-

jedećih klasifikacija koje su određene specifičnom terminologijom. Međutim, nerijetko smo u situaciji da terminologiju upotrebljavamo neusuglašeno. Za poremećaje u ponašanju koriste se sljedeći termini: agresivno ponašanje, antisocijalno ponašanje mladih, eksternalizirani sindrom, maloljetnička delinkvencija, odgojna zapuštenost, psihopatsko ponašanje i dr.

POVIJEST UČENJA O POREMEĆAJU PONAŠANJA

Početak 19. vijeka Pinel je terminom manie sans delire (manija bez delirijuma), a Pritchard terminom moralna izopačenost označavao one ljude koji su pokazivali simptome antisocijalnog ponašanja, a pri tome nisu bili psihotični. Krajem prošlog vijeka poremećaji u ponašanju su se izjednačavali s kriminalnim ponašanjem i promatrali kao posljedica psihičkog poremećaja, koji se prije svega sastojao od moralne izopačenosti.

Ovu hipotezu lansirao je i Lombroso (1896), koji je kasnije definirao i moralno ludilo ili moralnu bolest kao nesposobnost ne samo da se razlikuje dobro od zlog, već i kao urođenu potrebu da se čini zlo (Momirović i sur., 1995). Moralna izopačenost je definirana odsustvom moralnih kategorija, labilnim ili nestalnim moralnim ponašanjem i ponašanjem bez poštovanja kriterija vrijednosti. Blojler je uveo termine kao što su moralna idiotija, moralna imbecilnost i moralna debilnost. S druge strane, Creppelin je 1915. smatrao da ta antisocijalna ponašanja u stvari nisu ništa drugo do poseban oblik psihoze.

William Hilli je 1926 osnovao prvu kliniku pri sudu za maloljetne delinkvente, u kojoj su tretirani oni delinkventi dijagnosticirani sa simptomom "psihičko konstitucionalnog defekta" (Healy i Bronner, 1926; prema Earls, 1994). Engleski psiholog Burt je otprilike istovremeno objavio studiju u kojoj govori o biološkim i socijalnim utjecajima na pojavu delinkvencije kod mladih (Burt, 1925 prema Earls, 1994).

Objavlivanjem prve DSM klasifikacije Američkog udruženja psihijatarata 1952. godine opisuje se "Sociopatska ličnost i Antisocijalno Reagiranje" za odrasle osobe, a 1967. Freedman u Caplanovoj psihijatriji definira "Sociopatski poremećaj ličnosti; Antisocijalne i Disocijalne reakcije" kod djece "koja su stalno u nevolji, i koja ne shvaćaju zašto su kažnjavana". DSM-II donosi sa sobom dijagnozu "Nesocijalizirano agresivno reagiranje u djetinjstvu", koja u svim kasnijim klasifikacijama ostaje kao klinički sindrom s manjim ili većim izmjenama. DSM-III definitivno opisuje kriterije za dijagnozu "Poremećaji u ponašanju", koji u toj klasifi-

kaciji može biti agresivnog ili neagresivnog oblika; socijaliziran ili nesocijaliziran. U DSM-III-R poremećji u ponašanju je definiran trima oblicima (subtipovima); isključivo agresivan oblik, grupni oblik, i nediferencirani oblik.

KLASIFIKACIJA POREMEĆAJA U PONAŠANJU

S obzirom da su u ovom trenutku najprihvaćenija i najšire primijenjena Međunarodna klasifikacija bolesti (International classification of disorders-ICD; dalje u tekstu MKB), njena najnovija deseta verzija (MKB10) iz 1992. godine i klasifikacija Američkog udruženja psihijatarata - Dijagnostičko-statistički priručnik (Diagnostic Statistical Manual - DSM dalje u tekstu) i to verzija iz 1994., varijanta DSM-IV, ovaj poremećaj će biti predstavljen u svjetlu ove dvije vrijedeće klasifikacije.

Međutim, prije no što pristupimo opisu vrijedećih klasifikacijskih sistema na kratko bismo se osvrnuli na problem dijagnosticiranja ovih poremećaja. Poremećaji u ponašanju nisu samo problem dječjih psihijatarata, već i stručnjaka iz drugih oblasti ali i društva kao cjeline, te stoga smatramo važnim moguću reviziju dijagnostičkih, odnosno klasifikacijskih čimbenika. Ovakav zaključak uslijedio je tijekom i nakon provedenog istraživanja gdje smo se susreli s brojnim problemima u izboru i definiranju ispitivane grupe djece s poremećajima u ponašanju (Pejović-Milovančević, 2000).

MKB10 KLASIFIKACIJA MENTALNIH POREMEĆAJA

Prema MKB10 klasifikaciji poremećaji u ponašanju su našli mjesto među ostalim mentalnim poremećajima (V poglavlje MKB10) u grupi označenoj šiframa od F90-F98. U ovu grupu svrstani su sljedeći poremećaji: poremećaji ponašanja ograničeni na obiteljsku sredinu, nesocijalizirani poremećaji u ponašanju i emocija, socijalizirani poremećaji u ponašanju, poremećaji u obliku protivljenja i prkosa, drugi poremećaji u ponašanju i nespecificirani poremećaji u ponašanju.

Da bi se postavila dijagnoza poremećaja u ponašanju neophodno je uzeti u obzir razvojni nivo djeteta i napraviti jasnu granicu s oblicima ponašanja vezanim za normalni razvoj djeteta. Također je neophodno da se manifestirani oblici poremećaja u ponašanju javljaju najmanje šest mjeseci. Prisutnost ovog poremećaja isključuje se ukoliko postoje shizofrenija, manija, pervazivni razvojni poremećaj, hiperkinetički poremećaj i depresija.

DSM-IV KLASIFIKACIJA

Poremećaj s deficitom pažnje i hiperaktivnošću, buntovničko-prkosni poremećaj i poremećaji u ponašanju su zajedno svrstani u DSMIV klasifikaciji pod imenom "Deficit pažnje i poremećaji ponašanja". S obzirom da su sve tri kategorije jako povezane u ovoj klasifikaciji izuzetan značaj poklanja se komorbiditetu između sva tri pojma kao i alternativnim formulacijama unutar same grupe (npr. hiperkinetički poremećaj u ponašanju, koji je našao svoje mjesto u MKB10 klasifikaciji) (Rapoport i Ismond, 1996). U odnosu na godine javljanja poremećaja izdvajaju se dva tipa poremećaja u ponašanju: I tip koji se pretežno javlja u djetinjstvu, i II tip koji se javlja u adolescenciji, i nema nikakvih kliničkih manifestacija u prvih deset godina života. U odnosu na ozbiljnost poremećaja izdvojena su tri tipa poremećaja u ponašanju: blagi, umjereni i teški tip poremećaja u ponašanju (Sanford i sur., 1999).

DSM-IV i MKB10 klasifikacije se u mnogo čemu poklapaju, ali i razlikuju. Za DSM-IV klasifikaciju (kao i sve prethodne DSM klasifikacije) vrijedi da su njihove kategorije više ujedinjene kad se usporede s MKB10 klasifikacijom. Tako na primjer i u području poremećaja u ponašanju, MKB10 klasifikacija ima više dijagnostičkih kriterija nego

DSM-IV klasifikacija.

MKB10 klasifikacija se opredijelila zadržati različite oblike poremećaja u ponašanju u smislu socijalizirani/nesocijalizirani oblici, dok DSM-IV razlikuje poremećaje u ponašanju u odnosu na vrijeme javljanja (djetinjstvo ili adolescencija), kao i u odnosu na težinu kliničke slike (blagi, umjereni i teški oblici poremećaja u ponašanju) (Pejović-Milovančević, 2000).

Tablica koja slijedi (Tablica 1.) predstavlja popis MKB10 klasifikacija poremećaja u ponašanju i korespondirajuće DSM-IV grupe (Rapoport i Ismond, 1996).

SPOLNE I OKOLINSKE RAZLIKE U SHVAĆANJU POREMEĆAJA U PONAŠANJU

Većina studija ukazala je na višu prevalenciju poremećaja u ponašanju kod muškog spola u odnosu na ženski i to u odnosu 4:1 (Werry, 1997; Lewis, 1996; Earls, 1994). Zoccolillo je ispitivao poremećaje ponašanja u svjetlu distribucije u spolu i pokazao da su dijagnostički kriteriji više usmjereni na definiranje poremećaja u ponašanju kod muškog

Tablica 1. Usporedne kliničke klasifikacije poremećaja u ponašanju prema DSMIV i ICD-10

DSM IV KLASIFIKACIJA	ICD-10 KLASIFIKACIJA
314.01 Poremećaj s deficitom pozornosti i hiperaktivnošću, kombinirani tip	F90.8 Drugi hiperkinetički poremećaji
314.00 Poremećaj s deficitom pozornosti i hiperaktivnošću, pretežno s poremećajem pozornosti	F90 Poremećaj aktivnosti i pozornosti (razlikuju se specifični kriteriji dijagnoze)
314.01 Poremećaj s deficitom pozornosti i hiperaktivnošću, pretežno hiperkinetičko-impulzivnog tipa	F90 Hiperkinetički poremećaji F90.1 Hiperkinetički poremećaji u ponašanju
314.9 Poremećaj s deficitom pozornosti i hiperaktivnošću, nespecificiran drugdje	F90.8 Hiperkinetički poremećaji, nespecificirani
314.8 Poremećaji u ponašanju	F91 Poremećaji u ponašanju F91.1 Poremećaji u ponašanju ograničeni na obiteljsku sredinu F91.1 Nesocijalizirani poremećaji u ponašanju F91.2 Socijalizirani poremećaji u ponašanju F91.8 Drugi poremećaji u ponašanju F91.9 Poremećaji u ponašanju, nespecificirani
313.81 Buntovničko-prkosno ponašanje	F91.3 Poremećaj u obliku protivljenja i prkosa
312.9 Uznemirujuće ponašanje, nespecificirano na drugom mjestu	F92 Mješoviti poremećaji u ponašanju i poremećaji emocija F92.0 Depresivni poremećaji u ponašanju F92.8 Drugi mješoviti poremećaji u ponašanju i poremećaji emocija F92.9 Poremećaji u ponašanju, nespecificirani

spola, a da vrste ponašanja koje djevojčice manifestiraju, a koje se smatraju za oblike poremećaja u ponašanju, nisu obuhvaćene dijagnostičkim kriterijima te da se zbog toga javlja ovako velika razlika (Zoccolillo, 1992; 1993).

Pri usporedbi gradske i seoske sredine pronađene su male razlike u smislu češće pojave poremećaja u ponašanju u urbanoj sredini (5,6% prema 5,2% u općoj populaciji), što se prije svega odnosi na pojavu ovog poremećaja u djetinjstvu. U adolescenciji, ova se slika mijenja, jer u ruralnim sredinama adolescenti češće obolijevaju od poremećaja u ponašanju u usporedbi s svojim vršnjacima iz gradova (Earls, 1994).

EPIDEMIOLOGIJA POREMEĆAJA U PONAŠANJU

Utvrđivanje frekvencije poremećaja u ponašanju u bilo kojoj populaciji je problematično s obzirom na pouzdanost i validnost dijagnoze (Werry, 1997; Lewis, 1996). Nalazi se da je prevalencija ovog poremećaja u posljednjih 10 godina u porastu, s znatno višom stopom javljanja u gradskim sredinama nego seoskim.

Stupnjevi variraju u odnosu na prirodu uzroka ispitanika, kao i metoda ispitivanja: za muški spol ispod osamnaest godina, prevalencija je od 6-16%, a za ženski spol varira od 2-9% (DSM-IV). Za djecu prevalencija varira od 3%-5%, a s porastom uzrasta (poslije dvanaeste godine života) raste i postotak prevalencije i to najmanje dva puta u odnosu na dječji uzrast (Anderson i Werry, 1994). Za dječake uzrasta od četiri do jedanaest godina prevalencija je 10,1% (Offord i sur., 1989 - Ontario Health Study), a ide i do 19% za djecu od šest do devetnaest godina.

ETIOLOGIJA POREMEĆAJA U PONAŠANJU

Mnoge studije ukazuju na dvije glavne etiološke skupine čimbenika koje dovode do poremećaja u ponašanju. To su okolinski čimbenici i čimbenici ličnosti vezani za funkcioniranje mlade osobe. Od okolinskih čimbenika najviše se spominju obiteljski uvjeti, socioekonomska kriza, neprimjerenost roditeljstvo, čimbenici vezani isključivo za ličnost i psihopatologiju svakog pojedinog roditelja, niske roditeljske zarade, utjecaj vršnjaka na pojedinca. Čimbenici vezani za dijete su impulzivnost, niska inteligencija, genetski faktori, biološki faktori, endokrini faktori, i dr.

OBITELJSKI ČIMBENICI

Sa stanovišta obiteljskih interakcija djeteta i obitelji, najznačajnije su sljedeće dimenzije: emocionalna atmosfera, pripremljenost roditelja za složenu ulogu koju trebaju ostvariti u podizanju djece, motiviranost za roditeljstvo i radanje djece, zdravstveno stanje roditelja, socioekonomski status obitelji, broj članova obitelji i vrijednosni sustav obiteljske egzistencije (Pejović, 1997). Izolacija u ranim razdobljima razvoja, zlostavljanje od strane roditelja ili najbližih rodaka, emocionalna zanemarenost udruženi su s ranom pojavom agresije kod djece (Spitz, 1946; Bowlby, 1969 prema Lewis, 1996).

Kao osnovni faktori koji se odnose na obitelj, a vezani su za pojavu poremećaja u ponašanju djece, navode se slaba roditeljska briga ili praćenje razvoja i potreba djeteta, nestalna ili kruta obiteljska stega, bračna nestabilnost, roditeljsko zanemarivanje djeteta, antisocijalni poremećaj ličnosti roditelja i veliki broj članova obitelji (Farrington, 1996; Lewis, 1996; Earls, 1994; Offord, Boyle i Racine, 1989).

Kriminalci, roditelji s dijagnosticiranim antisocijalnim poremećajem ličnosti, alkoholičari, ovisnici o psihoaktivnim supstancijama imaju češće delinkvente sinove u odnosu na normalnu populaciju (Robins, 1979; Offord, Boyle i Racine, 1989). Agresivnost roditelja prema djetetu (od krutih stegovnih stavova do zlostavljanja djeteta) kao i agresivni partnerski sukobi, prediktori su nasilničkog ponašanja djeteta usmjerenog prema ljudima i životinjama, ali ne i prema stvarima i vlasništvu. Obitelji s jednim roditeljem (najčešće obitelji samohranih majki) češće imaju problema s poremećajima u ponašanju djeteta.

Poremećeni stavovi majke prema djetetu (pasivni ili odbijajući stav) mogu se povezati s pojavom ponašanja kod djeteta više usmjerenog na narušavanje materijalnog vlasništva žrtava (Farrington, 1996). Majke s sadašnjim ili prijašnjim depresivnim poremećajem, samohrane majke, brojni stresogeni trenuci u obiteljskom životu također spadaju u faktore rizika za pojavu poremećaja u ponašanju kod djeteta iz takve obitelji (Loeber i sur., 1995; Grizenko, Pawliuk, 1994). Kada djeca u svojim roditeljima ne nađu adekvatne modele za identifikaciju, što se događa u slučaju da obitelj i roditelji ne raspolažu neophodnim strpljenjem u odgajanju djeteta, poremećaji u ponašanju mogu evoluirati do antisocijalnog poremećaja ličnosti (Pejović, 1997).

FAKTORI VEZANI ZA GRUPU VRŠNJAKA

Različite oblike poremećaja u ponašanju pojedinac najčešće manifestira u grupi s dva ili tri vršnjaka i to uglavnom na dobi do desete godine (najčešći oblici su provale, obijanje automobila, sitne krađe po dućanima). S godinama pojedinac koji manifestira bilo koji oblik antisocijalnog ponašanja sve se više osamostaljuje u svojim akcijama.

SOCIOEKONOMSKI I OKOLINSKI FAKTORI

Većina istraživača je suglasna da se poremećaji u ponašanju javljaju u nižim socioekonomskim slojevima društva. Međutim, bilo kakva diskusija na ovu temu zahtijeva detaljno proučavanje socioekonomskog status cjelokupnog društva.

GENETIČKI FAKTORI

Tokom šezdesetih i sedamdesetih godina vladalo je uvjerenje da poremećaji u ponašanju nastaju i kao posljedica kromosomskih abnormalnosti (na primjer XXY ili XYY fenotipovi) (Di Lalla & Gottesman, 1989). Fenotip XXY odgovara Klinefelterovom sindromu i za dječake s ovim sindromom karakteristično je da su rijetko agresivni. XYY fenotip se češće javlja u zatvorskoj populaciji, koju odlikuje visoka agresivnost, česta pojava temporalnih epilepsija i centralna hiperserotonergija (Babinski, 1998).

Sadašnja situacija je nešto izmijenjena u tom smislu što se podaci dobivaju iz studija praćenja, retrospektivnih studija kao i studija blizanaca. Genetska komponenta se najmanje javlja u onim istraživanjima koja su zasnovana na podacima dobivenim izravno od djece koja manifestiraju poremećaje u ponašanju, a najviše se javlja u studijama djece blizanaca i adolescenata s prožimajućim i trajnim antisocijalnim ponašanjima, udruženim s drugim psihopatološkim manifestacijama u obliku hiperaktivnosti, lošim vršnjačkim odnosima i lošim školskim uspjesima (Rutter, 1997). Iako je neophodno dalje iscrpnije i obimnije istraživanje, smatra se da je antisocijalno ponašanje poligeno tj. heterogeno ovisno (Rutter, 1997).

Novija istraživanja ukazuju na udruženost genotipa triptofan hidroksilaze s razinom 5-hidroksiindolactene kiseline (5-HIAA) u cerebrospinalnoj tekućini. 5-HIAA je derivat serotonina, a smanjenje razine serotonina udruženo je s impulsivnošću i iritabilnošću, što sve zajedno dovodi do zaključka da postoji genetska komponenta koja modificira

reakciju pojedinca na različite stresore (Nielson i sur. 1994).

Poznata je i mutacija gena koji kontrolira produkciju monoamino oksidaze-A (MAO-A), enzima odgovornog za razlaganje određenih neurotransmitera (dopamin, noradrenalin). Agresivni muškarci kod kojih je dokazana ova genetska anomalija imaju smanjenu MAO-A aktivnost. U odnosu na kontrolnu, zdravu grupu ispitanika, kod ovih muškaraca primijećena je znatno viša stopa silovanja, podmetanja požara i drugih oblika socijalno neprihvatljivog ponašanja (Brunner i sur., 1993).

Lynam (1996) pretpostavlja da komorbiditet poremećaja pozornosti s hiperaktivnošću (prema anglosaksonskoj literaturi ADHD ili Attention deficit hyperactivity disorder) definira "juvenilnu psihopatiju" ili najteže oblike poremećaja u ponašanju. Ukoliko se ova teza pokaže točnom, to će ojačati genetsku etiološku teoriju poremećaja u ponašanju, s obzirom da je za ADHD najjasnije pokazana uska povezanost s genetskom predispozicijom (Lynam, 1996). Comings (1995) ukazuje na poligeni ili oligogeni model nasljeđivanja poremećaja u ponašanju, s dodatnim efektom multiplih mutacija koje utječu na metabolizam dopamina i serotonina (Comings, 1995).

ENDOKRINI FAKTORI

Hormoni utječu na formiranje sinapsi i enzimskih sistema. Ispitivanja na eksperimentalnim životinjama pokazala su da pokraj gonadalnih hormona na ponašanje utječu i kortikosteroidi (uzrokuju submisivno ponašanje) i ACTH (adenokortikotropni hormon; hormon prednjeg režnja hipofize, dovodi do intenziviranja sukoba između životinja). Ovakve tvrdnje teško je ispitivati na ljudima, prije svega iz etičkih razloga, ali postoje neka opća ispitivanja koja su ukazala da su djevojčice s kongenitalnom adrenalnom hiperplazijom izložene visokim dozama androgena pokazivale maskulino ponašanje, bile su sklonije započinjanju tuča i sl. (Ehrhart i sur., 1967); osobe s povišenom razinom testosterona, gonadalnog hormona, u pljuvački počinitelji su više nasilnih djela nego kontrolni ispitanici (Lewis, 1996). Neke studije kategorički pobijaju ulogu testosterona u agresivnom ponašanju (Constantino i sur., 1993).

BIOKEMIJSKI KORELATI

Noradrenalin, acetilholin, dopamin, serotonin i GABA (gamaaminobuterna kiselina) povezivani su sa stupnjem agresije kod životinja. Na primjer, pokazano je da lijekovi koji inhibiraju MAO (monoamino oksidaza-enzim razgradnje većine spome-

nutih neurotransmitera), triciklični antidepresivi i alprazolam povećavaju agresivnost kod eksperimentalnih životinja. Isti slučaj bio je dokazan i ispitivanjima s acetilholinom i dopaminom.

Do sada najjača veza između neurotransmitera i ponašanja kod ljudi ustanovljena je ispitivanjem serotonina gdje je pokazano da redukcija razine serotonina kod neke djece pozitivno korelira s pojavom poremećaja u ponašanju (Werry, 1997).

Postoje dokazi abnormalne noradrenergičke i serotonergičke funkcije kod djece s poremećajima u ponašanju, ali ne i promjene u dopaminergičkom funkcioniranju (Quay, 1993). Quay je povezao svoja ispitivanja s motivacijskim teorijama ličnosti i Cloningerovom teorijom ličnosti.

Oslanjajući se na ovu teoriju ličnosti Quay (1993) je ukazao na smanjenje elektrodermalnog odgovora na neobične ili jače podražaje koji se interpretiraju u okviru dominacije nagrade u odnosu na inhibiciju ponašanja. S obzirom da su osobe s poremećajima u ponašanju manje osjetljive na kažnjavanje i neosjetljive na strah, poremećaji u ponašanju udruženi su s nižom anksioznošću i reduciranom noradrenergičkom funkcijom, a s tim u vezi i s nižom frekvencijom rada srca, koja ukazuje na povišenje aktivnosti parasimpatičkog sistema i smanjenje aktivnosti simpatičkog živčanog sistema (Kindlon, i sur. 1995). Iz ovakvog zaključka izašla je pretpostavka da bi stimulacija simpatikus služila kao protektivni faktor antisocijalnog ponašanja, a nadraživanje parasimpatikus predstavljalo bi faktor rizika za pojavu ovakvog ponašanja.

Niska razina beta-hidroksilaze u plazmi (enzima uključenog u konverziji dopamina u noradrenalin) udružena je s nesocijaliziranim tipom agresije (Rogeness i sur., 1982). Druge studije fokusirale su se na periferne (5-HT, slobodni/ukupni triptofan) i centralne pokazatelje serotonergičke aktivnosti (5-HIAA u cerebrospinalnoj tečnosti) ali bez krajnjih rezultata (Vitiello i Stoff, 1995). Primijećen je i povećani prolaktinski odgovor na fenfluramin kod agresivne djece (Halperin i sur., 1994).

Ispitivanja s GABA su još uvek na razini eksperimentalnih životinja gdje se pokazalo da ovaj neurotransmiter utječe na regulaciju agresivnog ponašanja. Kod ljudi, benzodiazepini, koji potiču GABA aktivnosti dovode do smirivanja pojedinca (Young i sur., 1994 prema Lewis, 1996).

NEUROANATOMSKI KORELATI

Tri zone mozga naročito utječu na modulaciju nasilnog ponašanja. To su hipotalamus, amigdala i

orbitalni prefrontalni korteks. Pokraj navedenih zona, u literaturi se spominju i septalno područje, periakveduktna siva masa, nc. raphe i locus ceruleus kao odgovorne zone za agresivno ponašanje (Babinski, 1998; Filipović, 1996).

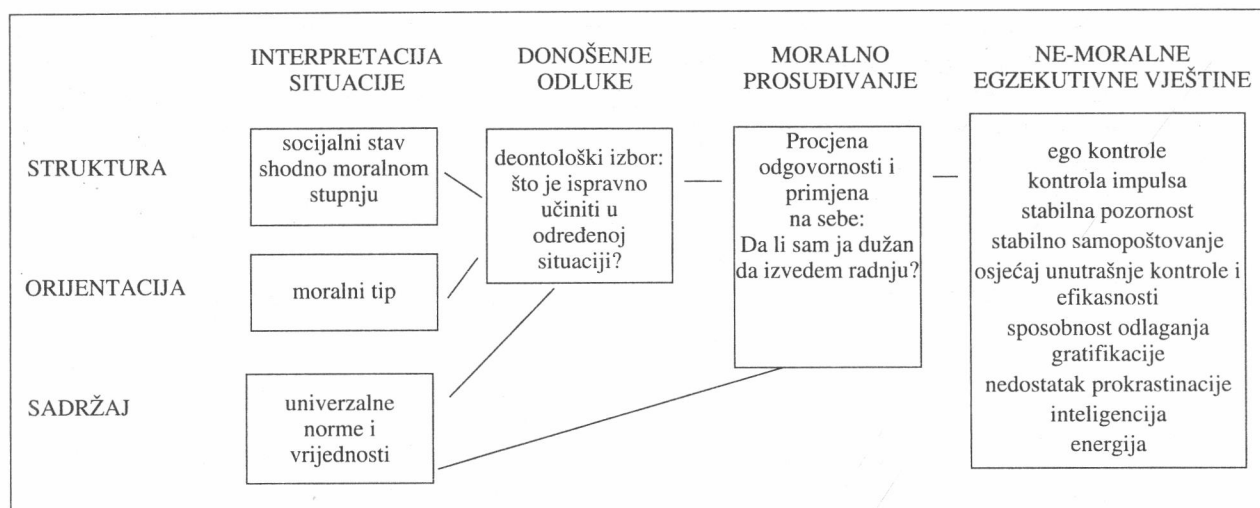
Lezija hipotalamus dovodi do pojave nekontroliranog ponašanja u obliku napada na žrtvu. Lezije amigdala udružene su s apatijom i hiposeksualnošću, dok abnormalna kortikalna aktivnost ove regije dovodi do agresije. Lezije frontalnog korteksa dovode do impulsivnosti, iritabilnosti ili apatije u ovisnosti od lokacije. Lezije u dorzolateralnom konveksitetu frontalnog korteksa udružene su s ravnodušnim ili neodgovornim ponašanjima, a oštećenje orbitalne zone je povezano s impulsivnim, neodgovarajućim ponašanjem (Lewis, 1996; Pine, 1999). Ovo je važno istaći jer od velikog broja djece s poremećajima u ponašanju dobivamo podatke o povredama glave koje gotovo redovno, bile otvorene ili zatvorene, dovode i do povrede limbičkog sistema, što za posljedicu može imati pojavu agresivnog i impulsivnog ponašanja (Babinski, 1998).

ŠKOLSKA POSTIGNUĆA

Niska odgojno-obrazovna postignuća kao i kognitivno zaostajanje udruženi su s poremećajima u ponašanju (Fergusson, Horwood, 1995). Školski neuspjeh vodi povećanju rizika od nastanka poremećaja u ponašanju, jer djeca koja manifestiraju probleme u ovladavanju školskim gradivom postižu u socijalnom smislu manji stupanj priznanja od strane okoline, osjećaju se odbačeno i imaju niže samopoštovanje. Osnovna korelacija između slabog školskog uspjeha i poremećaja u ponašanju leži u činjenici da djeca s poremećajima u ponašanju imaju nižu razinu inteligencije (kognitivno zaostajanje) i manifestiraju znatnije probleme u održavanju pozornosti u odnosu na kontrolnu grupu (Fergusson, Horwood, 1995).

ODNOS MORALNOG MIŠLJENJA I POREMEĆAJA U PONAŠANJU

Zanimljivim se pokazao pokušaj analiziranja veze između moralnog mišljenja i ponašanja, odnosno pokušaj utvrđivanja komponenti moralnog mišljenja koje nedostaju ili su nedovoljno razvijene te manifestirano ponašanje ima karakteristike psihopatološkog. U shemi koja slijedi dana je povezanost između moralnog mišljenja i moralnog ponašanja.



Shema 1. Odnos moralnog mišljenja i ponašanja

Po Kohlbergu moralno mišljenje i moralno ponašanje povezani su u četvorostupanjski sistem interpretacija kojim osoba analizira određenu situaciju u moralnom kontekstu (Kohlberg, 1984). Prvi stupanj predstavlja interpretacija sociomoralnog stava. Osoba se pita "Što se ovdje događa?", "Koja su moja moralna uvjerenja u danoj situaciji?" Sljedeći stupanj predstavlja deontološka moralna odluka "Kako je ispravno postupiti u danoj situaciji?" Nakon ovog stupnja slijedi treći stupanj, tzv. procjena moralne odgovornosti - "Jesam li ja dužan obaviti danu radnju?" Na kraju, što predstavlja četvrti stupanj analiziranja, osoba koristi "ne-moralne" egzekutivne vještine u cilju izvršenja radnje. Te izvršne, tj. egzekutivne vještine su predstavljene kroz tzv. ego-kontrole: sposobnost dobrog održavanja pozornosti, efikasnost, samopoštovanje, sposobnost kontrole impulsa, sposobnost odlaganja gratifikacije, sposobnost izbjegavanja prokrastinacije, sposobnost uočavanja dalekosežnih posljedica radnje, fizička i mentalna energija, inteligencija i dr.

Ovakav četvorostupanjski model predlaže da osoba prije no krene s moralnim ponašanjem mora proći kroz spomenute kognitivno-afektivne operacije. Inicijalna operacija predstavljena je specifičnim moralnim ili "trebalo bi" karakterom i ovisi od moralnog stupnja, moralne orijentacije i specifičnog vrijednosnog sistema pojedinca.

Svaku moralnu situaciju procjenjujemo procjenjujući njenu strukturu, orijentaciju i sadržaj. Sadržaj strukture podrazumijeva odgovarajući socijalni položaj shodno moralnom stupnju razvoja. Ori-jentacija podrazumijeva moralni tip, jer se radi o analiziranju utjecaja moralnog mišljenja na radnje. Sadržaj podrazumijeva univerzalne vrijednosti (kulturološki varijabilne norme i vrijednosti).

Djeca s poremećajima u ponašanju u svim strukturama i stupnjevima "dolaska do" moralnog ponašanja imaju problem. Njihova interpretacija situacije obično je pogrešna, donošenje odluke što je dobro učiniti u danoj situaciji je obično nezrelo, neadekvatno toj situaciji. Ona nemaju kapacitet i sposobnost preuzeti odgovornost, a mogućnost prihvaćanja dužnosti je obično nedovoljno razvijena. O njihovim ego kontrolama je govoreno ranije: slabost održavanja pažnje i koncentracije, smanjena radna efikasnost, nemogućnost kontrole impulsa i dr.

Imajući sve spomenuto u vidu nije ni čudo što je kod djece s poremećajima u ponašanju moralno mišljenje nedovoljno razvijeno, a njihovo ponašanje daleko od moralnog ponašanja.

KLINIČKA SLIKA (OPIS I ANALIZA ELEMENATA)

Mlada osoba s poremećajima u ponašanju se vrlo rijetko, ili gotovo nikada ne javlja sama psihijatru, već je najčešće okolina ta koja smatra njihovo ponašanje krajnje bezobzirnim i nekontroliranim i koja inicira posjetu stručnim službama. To uzrokuje kod kliničara veliku muku prilikom dijagnostike, s obzirom na krajnju nesuradljivost djece s poremećajima u ponašanju prilikom uzimanja anamnestičkih podataka. U vezi s tim postoji rizik od pogrešne dijagnoze ili prikrivanja simptoma ozbiljnijeg poremećaja. Odlike kliničke slike poremećaja u ponašanju mogu se pronaći u dijagnostičkim kriterijima različitih poremećaja (od mentalne retardacije i epilepsije, preko bipolarnog poremećaja i shizofrenije) čime se još više komplicira postavljanje ispravne dijagnoze (Lewis, 1996; Stiwel i sur., 1999).

Poremećaji u ponašanju manifestiraju se narušavanjem prava drugih s ciljem ponižavanja ili ugrožavanja sigurnosti drugih. Osim toga, djecu s poremećajima u ponašanju odlikuje nagao temperament, sklonost ka zajedljivim komentarima (zadirivanje drugih), vulgarnost, okrivljivanje drugih za svoja nedjela. Svi oblici ponašanja koje manifestira pojedinac najčešće su zabranjeni od strane pravnih sistema (krađa, džeparenje, upadi, nasilje, vandalizam, upotreba droga, često započinjanje tuče, nepažljiva i divljačka vožnja, opijanje, seksualna promiskuitetnost).

Osim ovih oblika pravno nezakonitog ponašanja, javlja se i ponašanje vezano za neke općenitije faktore rizika po zdravlje samog pojedinca, ali i njegove obitelji, kao što su prekomjerno pušenje, kockanje, sukobi s roditeljima, kao i nepoštivanje roditeljskih zabrana (Farrington, 1996; Smith, 1996).

Prema DSM-IV klasifikaciji mentalnih poremećaja, izdvojena su dva tipa poremećaja u ponašanju vezana uz dob u kojoj se javljaju: poremećaji u ponašanju koji se javljaju u djetinjstvu i oni koji se javljaju u adolescenciji. Za prvi tip vezani su neagresivni i agresivni simptomi, a za adolescentni tip samo neagresivni simptomi. Pod neagresivnim simptomima podrazumijevaju se krađa, provale, bježanje od kuće, a pod agresivnim podrazumijevaju se svi oblici fizičkog napada na osobe i životinje, kao i napadi na vlasništvo u prisutnosti vlasnika dobara (Waldman i sur., 1995).

U statističkom profilu Odgojno popravnog doma u Kruševcu za 1997. godinu, stoji da su maloljetni delinkventi pokazivali izraženu sugestibilnost, sklonost ka udruživanju u neformalne sisteme, rušilaštvo i agresivnost, kao i kombinirane smetnje (samopovrjeđivanje, suicidalne tendencije, korištenje opojnih sredstava, noćno mokrenje i homoseksualne tendencije). Djeca s problemima u ponašanju pokazuju više sklonosti ka individuaciji i imaju više problema u odnosima s roditeljima (Hrnčić, 1999)

Što se tiče neuroloških simptoma djece s poremećajima u ponašanju, ističu se perinatalne komplikacije i povrede glave (Kandel, 1992 iz Lewis 1996). Precizna neuropsihološka i neurološka ispitivanja ukazuju na postojanje minimalnih oštećenja CNS-a. Detaljnim uzimanjem anamneze obično se dolazi do podataka o teškim glavoboljama, epizodama vrtoglavice i povremenim gubicima svijesti. Vrlo često se kod ove djece dijagnosticira i epilepsija (klasificirana kao kompleksno parcijalni napadi).

Brojna istraživanja pokazala su negativnu korelaciju kvocijenta inteligencije s problemima u ponašanju (Smith, 1996; Cook, Greenbergm Kushe, 1994). Prije svega to se odnosi na verbalni kvo-

cijent, dok je za neverbalni ta razlika znatno manja (Earls, 1994). Vjerojatni razlog leži u činjenici da na verbalnu inteligenciju u znatnoj mjeri utječu kulturološki i okolinski čimbenici koji stimuliraju razvoj rječnika kao i sintakse rečenice. Niža verbalna inteligencija je stoga korelat i indikator općeg deficita socijalnog rezoniranja i odgojno-obrazovne zanemarenosti.

Umjereni i teški oblici poremećaja u ponašanju idu zajedno s nižim intelektualnim funkcioniranjem kad se usporede s normalnom grupom. Je li to posljedica čistog kognitivnog pomanjkanja djece s poremećajima u ponašanju, posljedica okolinskog zanemarivanja ili posljedica oba faktora zajedno, još nije jasno pokazano. Poremećaji školskih vještina su drugi vid kognitivnog deficita. Problemi s čitanjem, pisanjem ili verbalnim sposobnostima predstavljaju neke od poremećaja školskih vještina.

DIJAGNOZA POREMEĆAJA U PONAŠANJU

Elemente dijagnoze poremećaja u ponašanju prije svega čini dobro napravljena anamneza, hetero i autoanamneza s posebnim osvrtom na obiteljsku anamnezu, kao i trenutno stanje obitelji (potrebno je vrlo pažljivo ispitati moguće postojanje zlostavljanja djeteta). Neophodan je i detaljan objektivni pregled s neurološkim pregledom (obraćanje pozornosti na svaki djetetov ožiljak) kao i kvalitetan psihijatrijski pregled (posebno se obraća pozornost na perceptivne obmane).

Od dopunskih ispitivanja neophodno je EEG snimanje (elektroencefalografija-snimanje moždane aktivnosti) koje može ukazati na postojanje epilepsije i psihološko testiranje radi procjene inteligencije djeteta, eventualnog proboja psihotizacije na projektivnim testovima ličnosti, kao i radi cjelokupnog testiranja ličnosti.

Za dijagnosticiranje poremećaja u ponašanju koriste se brojne skale i upitnici, koji se mogu podijeliti u tri velike grupe, a služe dobivanju informacija o modelima ponašanja: upitnici za roditelje, upitnici za nastavnike i upitnici koje popunjavaju sama djeca i adolescenti. Najčešće su korišteni: Connersova rating skala (Conners Rating Scales), Upitnik o ponašanju djeteta (The Child Behavior Checklist) u formi za nastavnike, roditelje i za samopopunjavanje, Revidirana Skala Biheviornalnih Problema (Revised Behavior Problems Lists) i dr.

Pojedina ispitivanja pokazala su da roditelji i djeca sama za sebe osiguravaju validnije rezultate u ispitivanju poremećaja u ponašanju, dok nastavnici opisuju manji broj ponašanja, ali su zato njihovi podaci vezani za problem u ponašanju učenika u

najvišoj korelaciji sa stvarnom kliničkom slikom (Hart i sur., 1994).

Osim navedenih upitnika koji su usko povezani s ispitivanjem ponašanja djeteta, koriste se i strukturirani intervjui koji pružaju širi pregled osobina djeteta, ali i zahtijevaju višu stručnost u dijagnostici točno izdvojene kategorije. To su Dijagnostički intervjui za djecu i mladež (DISC-R, DICA), Skale za procjenu afektivnih poremećaja i shizofrenije kod djece školskog uzrasta (K-SADS), Skala za ispitivanje djece (CAS) i dr.

DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA I KOMORBIDITET

Najčešći i najispitivaniji komorbiditet s poremećajima u ponašanju pokazuju poremećaj pažnje s hiperaktivnošću, buntovničko-prkosni poremećaji u ponašanju, zloupotreba nikotina, droga i alkohola, depresija i pokušaji suicida (Werry, 1997; Earls, 1994; Lewis, 1996; Schachar i Tannock, 1995; Loeber i sur., 1995). Postoji i veza sa shizofrenijom i bipolarnim afektivnim poremećajem i to više u smislu premorbidnih i prodromalnih komponenti poremećaja u ponašanju ali takva povezanost se rijetko susreće (samo mali postotak djece s poremećajima u ponašanju kasnije u tijeku života razvije sliku shizofrenije ili bipolarnog poremećaja).

Od svih navedenih poremećaja najmanje je proučavana veza depresije s poremećajima u ponašanju, iako se zna da je depresija najčešći uzrok suicida kod starijih adolescenata (Hinshaw, 1993). Lewis ističe da suicid kod mladih osoba s poremećajima u ponašanju nije uvijek ishod depresije jer i impulzivnost, jedna od osnovnih karakteristika poremećaja u ponašanju, može voditi suicidu.

Akadska neuspješnost, specifični jezični ili drugi razvojni poremećaji, uopće loše zdravstveno stanje u smislu slabije kontrole zdravlja kao i slaba uhranjenost, spolne bolesti, zloupotreba alkohola i droge, hepatitisi, saobraćajne nesreće, prostrijelne rane naročito zadobivene u okršajima vatrenim oružjem, kao i povrede samoranjavanjem i neka od stanja i bolesti udruženi s poremećajima u ponašanju (Earls, 1994; Lewis, 1996; Werry, 1997).

EVOLUCIJA POREMEĆAJA (TIJEK I PROGNOZA)

Smatra se da 40-50% djece s poremećajima u ponašanju završi s antisocijalnim poremećajem ličnosti ili kao kriminalci sa stalnim recidivima kriminalnih djela. Ovakva slika zvuči čak i optimistički kad se zna da gotovo svi završe s nekim od sljedećih problema: drugi psihijatrijski poremećaji,

zloupotreba alkohola ili droga, nezaposlenost, nasilništvo u obitelji, nestabilni brakovi (Werry, 1997; Farrington, 1996).

Otkriveno je da je smrtnost ove populacije deset puta veća u odnosu na normalnu populaciju (Earls, 1994). Treba spomenuti i činjenicu da oko polovine djece s poremećajima u ponašanju kasnije u životu završi s dijagnozom antisocijalnog poremećaja ličnosti. S druge strane, gotovo svi antisocijalni poremećaji ličnosti u djetinjstvu imali su neki od oblika poremećaja u ponašanju. Više od dvije trećine (81%) onih koji manifestiraju tri ili više simptoma poremećaja u ponašanju u djetinjstvu ima neku disfunkcionalnost u odrasloj dobi, što je za oko četiri puta veći postotak u odnosu na one pojedince koji ne pokazuju znake poremećaja u ponašanju u djetinjstvu (Zoccolillo i sur., 1992).

Neka druga istraživanja ukazuju da s godinama, od četrnaeste do dvadesete godine, broj simptoma poremećaja u ponašanju opada. Sitne krađe, krađe po dućanima, krađe automobila i aparata iz automobila, kao i vandalizam, s godinama se smanjuju, dok krađe na poslu, napadi, zloupotreba droga i maltretiranja perzistiraju s uzrastom (Farrington, 1996).

TRETMAN POREMEĆAJA U PONAŠANJU

Problemi u ponašanju djece i mladeži i poremećaji u ponašanju kao jedno od najistraživanijih područja dječje i adolescentne psihijatrije predstavlja područje u kome je i te kako opći društveni stav važan i ne razdvojiv od tehnika i postupaka koje koriste psihijatri u tretmanu poremećaja u ponašanju. Opće je prihvaćen stav da je tretman ovakve djece težak, dugotrajan i nažalost povremeno i neuspješan, naročito ako se terapija ne započne na vrijeme i ukoliko se provodi nesistematično. Opće-prihvaćeni principi terapije su sljedeći:

1. S intervencijom treba početi što ranije je moguće.
2. Intervencija treba trajati kontinuirano i dovoljno dugo (mnogi autori predlažu da tretman djece s poremećajima u ponašanju traje tijekom cijelog dana u specifičnim odnosno nespecifičnim uvjetima).
3. Terapija se mora provoditi ne samo s djetetom već i s cjelokupnim okruženjem, pogotovo obiteljskom ili skrbničkom okolinom.
4. Intervencija mora biti konzistentna u svim sredinama, okruženjima djeteta i u svako vrijeme.
5. Terapijski pristup treba biti multimodalni i ne odnositi se samo na oblike ponašanja, već za-

hvatiti što je moguće veći broj psiholoških dimenzija mlade osobe kao što su kognicija, moralno mišljenje, edukacija, rekreacija, vještine socijalnog funkcioniranja.

6. U tretmanu djece s poremećajima u ponašanju treba obratiti pozornost i na komorbiditet, posebno na pojavu depresije, zlouporabe supstanacija, poremećaj pažnje s hiperaktivnošću.
7. Tretman treba osigurati zaštitu pojedinca od socijalne izolacije koja se događa ovoj djeci u društvu - u smislu pomoći oko završavanja škole ili nekog zanata, zapošljavanja, kao i spriječiti udruživanje ovakve djece u grupe ili bande koje najčešće i nastaju kao posljedica društvenog nepriznavanja i omalovažavanja takvih pojedinaca.
8. Farmakoterapija daje mali doprinos u tretmanu djece s poremećajima u ponašanju. Ipak, u određenim situacijama mogu se koristiti psihostimulansi (zbog visokog komorbiditeta s poremećajem pozornosti i hiperaktivnosti kod koga je pokazano da psihostimulansi imaju pozitivan terapijski efekt, oni se koriste i u tretmanu poremećaja u ponašanju). Primjenjuju se i male doze neuroleptika u cilju sedacije kod visoke uznemirenosti (npr. fenotiazini). Koriste se i psihostabilizatori kao što su litij, klonidin, karbamazepin, propranol.

Primjena karbamazepina i litija pokazuje pozitivan terapijski učinak kod djece s poremećajima u ponašanju u hospitaliziranim uvjetima, dok se kod djece koja su bila na ambulantnom tretmanu nije pokazao značajan terapijski pomak u odnosu na kontrolnu grupu i uz primjenu medikamena (Campbell i sar, 1995).

U mnogobrojnim studijama koje su se bavile poremećajima u ponašanju nije utvrđena prednost farmakoterapije u odnosu na placebo. Ipak, naglašeno je da se ovakvi rezultati ne odnose na onu djecu kod kojih su poremećaji u ponašanju prisutni već dulje vremensko razdoblje (Malone i sur., 1997).

Danas vlada općeprihvaćeni stav da je za tretman djece i mladih s poremećajima u ponašanju najdjelotvornija kognitivna psihoterapija. Djeca uče kognitivne tehnike koje im nedostaju u smislu smanjivanja njihovog devijantnog ponašanja. Osnovni ciljevi su: modificirati impulzivno i egocentrično mišljenje mladih s poremećajima u ponašanju, naučiti ih da stanu i razmisle prije no što krenu u akciju, naučiti ih promatrati čin kroz njegove posljedice, pomoći im u konceptualizaciji alternativnih putova u rješavanju interpersonalnih problema, razvijanje empatije. Ovakva tehnika podrazumijeva i trening kritičkog mišljenja, edukaciju o vrlinama,

učenje vještina pregovaranja itd. (Farrington, 1996; Ross, Fabiano, Ewles, 1988).

I na kraju, treba spomenuti da su zdravstveni djelatnici općenito skloni ne prihvaćati rad s djecom s poremećajima u ponašanju opravdavajući se često kako je problem više psihosocijalnog karaktera, ali i neadekvatnim uvjetima za tretman. Sve naprijed prikazano govori da su poremećaji u ponašanju s pravom svrstani među mentalne poremećaje i da je odgovornost njihova tretmana i na psihijatrima. Ostaje sigurna činjenica da svaki profesionalac, bilo zdravstveni djelatnik ili djelatnik neke druge struke, prije svega mora biti vrlo motiviran i strpljiv u radu s ovom djecom, a prava pomoć nastupa tek kada se udruže znanja stručnjaka različitih oblasti.

LITERATURA

- ACHENBACH T.M. (1991): Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile. Department of Psychiatry, University of Vermont.
- ACHENBACH T.M., EDELBROCK C. (1986): Manual for the Youth Self-Report and Profile. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- ANDERSON J.C., WERRY J.S. (1994): Emotional and behavioral problems. In: I.B.Pless: The epidemiology of childhood disorders. New York: Oxford University Press., str. 301-338.
- ATKINS M.S., STOFF D.M. (1993): Instrumental and hostile aggression in childhood disruptive behavior disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21:165-178.
- BABINSKI T. (1998), Biologija agresivnosti i poremećaji kontrole impulsa. Klinički seminar Instituta za psihijatriju, Beograd.
- CAMPBELL M., ADAMS P.B., SMALL A.M., KAFNATARIS V., SILVA R.R., SHELL J., RICHARD P., OVERALL J.E. (1995): Lithium in hospitalized aggressive children with conduct disorder: a double-blind and placebo-controlled study. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. 34, No. 4, April.
- CHRISTIAN R.E., FRICK P.J., HILL, N.L., TYLER L., FRAZER D.R. (1997): Psychopathy and conduct problems in children: II. Implication for subtyping children with conduct problems. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. 36, No. 2, February.
- CLONINGER C.R. (1987): A Systematic Method for Clinical Description and Classification of Personality variants, *Archives of General Psychiatry*, Vol 44:573-589.
- COMINGS D.E. (1995): The role of genetic factors in conduct disorder based on studies of Tourette syndrome

- and attention-deficit hyperactivity disorder probands and their relatives. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, Vol. 16, No. 3, June.
- COOK E.T., GREENBERG M.T., KUSHE C.A. (1994): The relations between emotional understanding, intellectual functioning, and disruptive behavior problems in elementary-school-aged children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol.22, No. 2.
- DODGE K.A. (1991): The structure and function of reactive and proactive aggression. In: Pepler D.J. i K.H. Rubin *The development and treatment of childhood aggression*, Hillsdale NJ: Erlbaum.
- DODGE K.A., COI J.D. (1987): Social information-processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *Journal of Personal and Social Psychology*, 53:1146-1158.
- DSMIV, (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (fourth edition)* Washington, DC. American Psychiatric Association.
- EARLS F. (1994): Oppositional-defiant and conduct disorders. In: Rutter, M., Taylor, E. i Hersov, L. *Child and Adolescent Psychiatry: modern approaches*. Blackwell science.
- FARRINGTON D.P. (1991): Antisocial personality from childhood to adulthood. *The Psychologist*, 4, 389-394.
- FARRINGTON D.P. (1996): The challenge of teenage antisocial behavior. In: M. Rutter *Psychosocial disturbances in young people: Challenges for prevention*. Cambridge University Press.
- FERGUSON D.M., HORWOOD L.J. (1995): Early disruptive behavior, IQ, and later school achievement and delinquent behavior. *Journal of abnormal child psychology*, Vol. 23, No. 2.
- FILIPOVIĆ B., TEOFILOVSKI-PARAPID G., PEJAKOVIĆ B. (1996): Cavum septi pellucidi variation or abnormality? A post-mortem study. *Braz. J. Morphol. Sci*, 13(2):307-211.
- FRANKEL F., HANNA G.L., CANTWELL D.P., SHEKIM W., ORNITZ E. (1992): Cluster Analysis of Child Behavior Checklists of 6 to 11-Years-Old Males with Varying Degrees of Behavior Disorders. *Child Psychiatry and Human Development*, Vol 23(2) Winter.
- GRIZENKO N., PAWLIUK N. (1994): Risk and protective factors for disruptive behavior disorders in children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64(4), October.
- HARE R.D., HART S.D., HARPUR T.J. (1991): Psychopathy and the DSM-IV criteria for antisocial personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 100: 391-398.
- HLAPERIN J.M., SHARMA V., SIEVER L.J. (1994): Serotonergic function aggressive and non-aggressive boys with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151:243-248.
- HRNČIĆ J. (1997): Komparativna analiza funkcioniranja obitelji maloletnih delinkvenata i psihijatrijski lečenih nepsihotičnih adolescenata. Magistarski rad, Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu.
- HRNČIĆ, J. (1999): *Delinkvent ili pacijent – Studija porodičnog neuspjeha*. Zadužbina Andrejević, Beograd.
- IGNJATOVIĆ-RISTIĆ D. (1994): Depresivni poremećaji u adolescenciji, Magistarski rad. Medicinski Fakultet, Univerzitet u Beogradu.
- KINDLON D.J., TREMBLAY R.E., MEZZACAPPA E., EARLS F., LAURENT D., SCHAAL B. (1995): Longitudinal patterns of heart rate and fighting behavior in 9- through 12-year-old boys. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. 34, No. 3, March.
- LEWIS D.O. (1996): *Conduct Disorder*. In: M. Lewis *Child and adolescent psychiatry; a comprehensive textbook (second edition)*. Baltimore, Williams & Wilkins.
- LEWIS D.O. (1996): Development of the symptom of violence. In: M. Lewis *Child and adolescent psychiatry; a comprehensive textbook (second edition)*. Baltimore, Williams & Wilkins.
- LOEBER R.M., GREEN S.M., KEENAN K., LAHEY B.B. (1995): Which boys will fare worse? Early predictors of the onset of conduct disorder in a six-year longitudinal study. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. 34, No. 4, April.
- LYNAM D.R. (1996): Early identification of chronic offenders: who is the fledgling psychopath? *Psychological Bulletin*, 120:209-292.
- MALONE R.P., LEBBERT J.F., DELANEY M.A., BIESECKER B.A., BLANEY B.L., ROWAN A.B., CAMPBELL M. (1997): Nonpharmacological response in hospitalized children with conduct disorder. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. 36, No. 2, February.
- McGUIRE M.T. (1992): Moralistic aggression, processing mechanisms, and the brain: The biological foundations of the sense of justice. In: Roger, D.M., Margaret, G. *The Sense of justice: Biological Foundations of Law (Vol 136)*. Sage Focus Editions. Newbury Park, CA, Sage Publications, str. 31-46.
- MEGARGEE E.I. (1966): Undercontrolled and overcontrolled personality types in extreme antisocial aggression. *Psychological Monograph* 80(3).
- MOFFITT T.E. (1993): Adolescent-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychological review*, 100:1485-1491.
- MOFFITT T.E. (1993): The neuropsychology of conduct disorder. *Developmental Psychopathology*, 5:135-152.
- MOMIROVIĆ K., POPOVIĆ B., HOŠEK A., VUČINIĆ B. (1995): Amoralnost i kriminal, argumenti za jednu odbacenu hipotezu. U: *Moralnost i društvena kriza*. Beograd, Institut za pedagoška istraživanja.
- MORETTI M.M., EMMRYS C., GRIZENKO N., HOLLAND R., MOORE K., SHAMSIE J., HAMILTON H. (1997): The treatment of conduct disorder: perspectives from across Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 42, No. 6, August.

- NIELSEN D.A., GOLDMAN D., VIRKKUNEN M. (1994): Suicidality and 5-hydroxyindolacetic acid and concentration associated with a tryptophan hydroxylase polymorphism. *Arch Gen Psychiatry* 51:34-38.
- OFFORD D.R., BOYLE M.H., RACINE Y. (1989): Ontario Child Health Study: Correlates of conduct disorder. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. 28, No. 2.
- PATTERSON G.R. (1986): Performance model of anti-social boys. *American Psychologist*, 41:432-444.
- PATTERSON G.R., REID J.R., DISHON T.J. (1992): *Antisocial boys: a social interactional approach*, Vol. 4. Eugene, Castalia Publishing Company.
- PAUNOVIĆ V., BABINSKI T. (1995): *Biološka psihijatrija 1. Molekularna osnova mentalnih procesa*. Beograd, Medicinski fakultet.
- PEJOVIĆ M. (1995): *Moral Development, Self Understanding and Forgiveness: An Comparison of Aggressive and Prosocial Children*. A Thesis submitted to the Graduate School of the University Of Notre Dame, Indiana (magistarska teza).
- PEJOVIĆ M. (1997): *Obitelj i psihopatologija*. Beograd, Savremena Administracija.
- PEJOVIĆ-MILOVANČEVIĆ M., VIDOJEVIĆ O., IŠPANOVIĆ V., MINČIĆ T. (2000): Komorbiditet sindroma lošeg postupanja (zlostavljanja) i ostalih psihijatrijskih entiteta. *Zbornik radova XI Kongres psihijatar Jugoslavije, Vrnjačka Banja*.
- PEJOVIĆ-MILOVANČEVIĆ, M. (1998): Moral reasoning by normal and conduct disordered children: the relationship between moral thought and action. 14th International Congress of IACAPAP, Stockholm, Sweden. Knjiga apstrakta, usmena prezentacija.
- PEJOVIĆ-MILOVANČEVIĆ, M. (1999): Conduct disordered children in the living milieu. XI World Congress of Psychiatry, Hamburg, Germany. Knjiga apstrakta, usmena prezentacija.
- PEJOVIĆ-MILOVANČEVIĆ, M. (2000): Problemi klasifikacije kliničkog entiteta "Poremećaji u ponašanju". *Psihijatrija danas*.
- PIAGET J., INHELDER B. (1969): *The Psychology of the Child: The definitive summary of the work of the world's most renowned psychologist*. Basic Books, A Division of Harper Colins Publishers.
- PINE D.S., WASSERMAN G.A., WORKMAN S.B. (1999): Memory and Anxiety in prepubertal Boys at Risk for Delinquency. *J.Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 38(8):992-999.
- QUAY H.C. (1993): The psychobiology of undersocialized aggressive conduct disorder: a theoretical perspective. *Development and Psychopathology*, 5:165-180.
- RAPOPORT J.L., ISMOND D.R. (1996): *DSM-IV Training Guide for Diagnosis of Childhood Disorders*. New York, Brunner/Mazel, Publishers.
- RAWLS J. (1971): *A Theory of Justice*. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.
- REY J.M. (1993): *Oppositional Defiant Disorder*. American Journal of Psychiatry, Vol. 150, No. 3, Djecember.
- ROBINS L.N. (1979): Study childhood predictors of adult outcomes: replications from longitudinal studies. In: Barrett, J.E., Rose, R.M i Klerman, G.L. *Stress and Mental Disorder*. New York, Raven Press 219-235.
- ROGENESS G.A., HERNANDEZ J.M., MACEDO C.A., MITCHELL E.L. (1982): Biochemical differences in children with conduct disorder socialized and undersocialized. *American Journal of Psychiatry*, 139: 307-311.
- RUTTER M. (1997): Implications of genetic research for child psychiatry. *The Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 42, No. 6, August.
- SANFORD M., BOYLE M.H., SZARMARI P., OFFORD D.R., JAMIESON E., SPINNER M. (1999): Age-of-Onset Classification of Conduct Disorder: reliability and Validity in Prospective Cohort Study. *J.Am.Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 38(7):838-845.
- SCHACHAR R., TANNOCK R. (1995): Test of four hypotheses for the comorbidity of attention-deficit hyperactivity disorder and conduct disorder. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. 34, No. 5, May.
- SMITH D.J. (1996): Patterns and trends in youth crime. In: M. Rutter *Psychosocial disturbances in young people: Challenges for prevention*. Cambridge University Press.
- STILWELL B.M., GALVIN M.R., KOPTA M., PADGETT R.J. (1999): Moral Volition: The Fifth and Final Domain Leading to an Integrated Theory of Conscience Understanding. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 38(8):1024-1031
- SVETSKA ZDRAVSTVENA ORGANIZACIJA ŽENEVA (1992): *ICD-10 Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja u ponašanju: Klinički opisi i dijagnostička uputstva*. Beograd, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
- TREVETHAN S.D., WALKER L.J. (1989): Hypothetical versus real-life moral reasoning among psychopathic and delinquent youth. *Development and Psychopathology*, 1(1989), 91-103.
- VITIELLO B., BEHAR F., HUNT J., STOFF D., RICCUITI A. (1990): Subtyping aggression in children and adolescents. *Journal of neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 2:189-192
- VITIELLO B., STOFF D.M. (1997): Subtypes of aggression and their relevance to child psychiatry. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36:3, March 307-315.
- VPD KRUŠEVAC (1997): *Statistički profil aktualne populacije "Beogradskih" maloletnika*.
- WALDMAN I.D., LILIENTHIELD S.O. (1995): Toward construct validity in the childhood disruptive behavior disorders. *Advances in Clinical Child Psychology*, Vol. 17, edited by T.H. Ollendick and R.J. Prinz. Plenum Press, New York.
- WERRY J.S. (1997): *Sever conduct disorder-some key*

issues. *The Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 42, No. 6, August.

ZOCCOLILLO M. (1993): Gender and the development of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5:65-78.

ZOCCOLILLO M., PICKLES A., QUINTON D., RUTTER M. (1992): The outcome of childhood conduct disorder: implications for defining adult personality disorder and conduct disorder. *Psychological Medicine*, 22, 971-986.

DEFINING BEHAVIOR DISORDERS WITHIN THE FRAME OF CHILD PSYCHIATRY**Summary**

The term behavior disorders relates to occurrences in behavior generated by various biological, psychological, pedagogical and social factors, which fall beyond the frame of generally accepted norms of behavior of an environment. It refers to endangerment of other people's rights, and/or depreciation and non-acceptance of social norms. Environmental and personal factors related to the functioning of the young person are two basic groups of etiological factors. Children with behavior disorders have undeveloped moral thinking, and their behavior is far from moral behavior. In clinical diagnostic of behavior disorders there are many problems, regarding the complexity of the clinical state and non-adequate cooperation of the client. It is generally accepted that 40-50% of the children with behavior disorders end up with antisocial behavior disorder, or as criminals who continuously repeat their criminal deeds. Therefore, the treatment of such children needs to be multi-modal and long lasting.

Key words: behavior disorders, classification, clinical state, treatment