

Agresivnost kod djece i adolescenata

/ *Aggression in Children and Adolescents*

Zorana Kušević, Matea Melša

Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Klinički bolnički centar Zagreb, Klinika za psihološku medicinu, Zagreb, Hrvatska

/ *University of Zagreb School of Medicine, University Hospital Centre, Zagreb, Department of Psychological Medicine, Zagreb, Croatia*

U suvremenom društvu s evidentno povećanom incidencijom agresivnog ponašanja, razvidan je tome pridružen porast agresivnog ponašanja i poremećaja u vezi s agresijom kod djece i adolescenata. Zbog ovog rastućeg problema koji opterećuje obitelji, škole, socijalne i medicinske radnike i društvo u cjelini, intenzivno se traga za sredstvima njegovog učinkovitog prepoznavanja, prevencije, dijagnoze i liječenja. Ovaj članak dopunjuje već poznate teorije nedavnim studijama i novootkrivenim saznanjima i pokušava ponuditi potpuni pregled ove složene teme. Pokazuje odnos između naslijeđa, roditeljskih kvaliteta, odgoja, utjecaja vršnjaka i društvenih normi te način na koji oni postaju rizični za razvoj problematičnog ponašanja. Članak ističe i mogućnosti prevencije i liječenja, posebice kod izdvojenih, visokorizičnih skupina, ali naglašava i napredak primijećen u školama u kojima su se provodili neki od preventivnih programa agresivnosti djece i adolescenata.

/ In a modern society with an evidently increased incidence of aggressive behaviour, it is noticeable that aggressive behaviour and disorders related to aggression in children and adolescents are rising accordingly. Due to this growing problem which burdens families, schools, social and medical workers and society as a whole, there is an intensive search is underway for means of its efficient detection, prevention, diagnosis and treatment. This article combines previously established theories with recent studies and new findings and tries to offer a complete overview of this complex subject. It shows the relationship between heredity, parental qualities, upbringing, peer influence and social norms, indicating which of these are risk factors for developing such problematic behaviour and in what manner. The article points out prevention and treatment possibilities, especially of selected high-risk groups, but also emphasizes the progress observed in schools where some of the prevention programmes on this subject have been implemented.

ADRESA ZA DOPISIVANJE:

Doc. dr. sc. Zorana Kušević
KBC Zagreb
Klinička za psihološku medicinu
Kišpatićeva 12
10 000 Zagreb; Hrvatska
E-pošta: zkusevic@kbc-zagreb.hr

KLJUČNE RIJEČI / KEY WORDS:

Agresivnost / *Aggression*
Djeca / *Children*
Adolescenti / *Adolescents*
Čimbenici rizika / *Risk factors*
Prevenција / *Prevention*

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO), nasilje se definira kao namjerna primjena fizičke sile ili moći, stvarna ili s ciljem zastrašivanja, nad samim sobom, drugom osobom, grupom ili zajednicom, a koja rezultira ili će s velikom vjerojatnosti rezultirati povrjeđivanjem, smrću, osjećanjem uskraćenosti, psihičkim poremećajima ili smetnjama u razvoju. Uz navedenu definiciju koja je više usmjerena na fizički aspekt agresivnosti, koji je i najuočljiviji, agresivnost postoji i u drugim oblicima (1-3). Najčešće podjele razlikuju fizičku i verbalnu agresivnost, direktnu i indirektnu, aktivnu i pasivnu. Feshbach dijeli agresivnost na ekspresivnu (ona kojoj je cilj nanijeti štetu nekome ili nečemu) i instrumentalnu (usmjerenu postizanju neagresivnih ciljeva), no ni one nisu posve zasebni entiteti (4). Moyer je 1968. klasificirao agresivnost s obzirom na situaciju, a u kojoj je ponašanje potaknuto neuralnim i endokrinim posrednicima: predatorna agresija, agresija među muškim spolom, agresija uzrokovana strahom, iritabilna, instrumentalna, teritorijalna i majčinska agresija (5). Nadalje, agresivnost se dijeli na reaktivnu (ona koja je reakcija na neki vanjski podražaj, primjerice prijatnju ili provokaciju) i proaktivnu (ona koja se koristi namjerno da bi se postigao neki cilj ili dobila neka nagrada). Kao poseban oblik navodi se relacijska agresivnost kojoj je svrha nanijeti štetu drugome putem uništavanja veza, prijateljstava, odnosno socijalnoga statusa osobe. Istraživanja su pokazala da su dječaci skloniji direktnom fizičkom agresivnom ponašanju od djevojčica, a da su djevojčice sklonije relacijskoj agresivnosti (6). Nasuprot tome, verbalna je agresivnost pokazala sličnu učestalost među spolovima (6). Različiti oblici agresivnosti mogu se i preklapati.

Psihoanalitički koncept agresivnosti Sigmunda Freuda desetljećima čini jednu od utjecajnih teorija kojom se agresivnost objašnjava kao

biološki nagon čovjeka. Djetetu će iskustva fiziološke faze agresivnosti pomoći u budućnosti uspješno svladavati razne vještine i zadatke (7). U suprotnome, mogući su od ranoga djetinjstva autoagresija, odnosno samopovrjeđivanje (gríženje, čupanje, udaranje) te potisnuta agresivnost iskazana i različitim psihosomatskim simptomima (8,9). Takvi simptomi mogu biti i posljedica „straha od kazne“ od strane autoriteta, iako je, prema kliničkoj praksi autora, danas manje djece s prejakim, a sve više s preslabim superegom. Osim toga, agresija se može naučiti imitacijom, promatranjem i kao sredstvo za postizanje cilja (10). Dolazimo do zaključka da djeca već od najranijih dana upijaju i uče od onih koji ih okružuju, a u tom razdoblju dojenaštva i ranog djetinjstva ne nalaze se značajne razlike među spolovima.

Već od predškolske dobi, javljaju se jasne razlike u tipovima agresivnoga ponašanja među djevojčicama i dječacima. Ipak, neka istraživanja pokazuju da su djevojčice fizički agresivne koliko i dječaci, ali da to bolje skrivaju pred odraslima (11). U tijeku srednjeg djetinjstva i rane adolescencije, većina agresivnog ponašanja usmjerena je na pripadnike istoga spola, što je razvojno uvjetovano. U adolescenciji i ranoj odrasloj dobi rastu prikriveni oblici agresivnosti, antisocijalnog i delinkventnog ponašanja, najčešće s ciljem socijalne dominacije, često s udruživanjem vršnjaka, ali povećavaju se i konflikti među spolovima (12).

Prema UNICEF-ovom izvješću, 27 % djece u hrvatskim školama izloženo je nasilju vršnjaka; 30,38 % prijava o nasilju među djecom je u dobi između 13 i 14 godina. Bullying je izraženiji u prigradskim naseljima i u mjestima gdje je došlo do većeg seljenja stanovništva (13). Istraživanje koje je proveo Studijski centar socijalnog rada Pravnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu pokazalo je razmjere zlostavljanja djece u obiteljima – 25 % bilo je fizički, a 21 % psihički zlostavljano od strane roditelja. Osim

toga, 2/3 ispitane djece bilo je izloženo psihičkoj agresiji roditelja (14).

Hrvatska je još 1999. odredbom Obiteljskog zakona propisala sankcije za nasilje u obitelji, a od 2009. na snazi je poseban Zakon o zaštiti od nasilja u obitelji koji za svaki oblik nasilja u obitelji predviđa kaznu zatvora ili novčanu kaznu, ovisno o težini prekršaja. Kazneni zakon za teže kršenje propisa o zaštiti od nasilja u obitelji predviđa kaznu zatvora do 3 godine (15-17). Prema Zakonu o sudovima za mladež, maloljetnicima se za počinjenje kaznenih djela kao sankcije izriču odgojne mjere, sigurnosne mjere i maloljetnički zatvor. Pritom se mlađem maloljetniku (maloljetnik koji je navršio 14, a nije navršio 16 godina) mogu izreći odgojne i sigurnosne mjere, dok se maloljetnički zatvor može izreći samo starijem maloljetniku (maloljetnik koji je navršio 16, a nije navršio 18 godina), i to za kazneno djelo za koje je u zakonu propisana kazna zatvora u trajanju od tri godine ili više. Za slučaj da navedena kaznena djela počine mlađi punoljetnici (18-21 godina), za njih je predviđena kazna zatvora (18).

TEORIJE AGRESIVNOSTI I NJIHOV RAZVOJ

Brojni znanstvenici i filozofi kroz povijest zauzimali su različite stavove i oprečna mišljenja o tome je li agresija urođena ili naučena pojava. Thomas Hobbes 1651. u svom djelu *Leviathan* piše da su ljudska bića u svom prirodnom stanju životinje te da društvo namećanjem zakona i reda ima ulogu obuzdavanja njihovog prirodnog instinkta prema agresiji. Nasuprot tome, J.J. Rousseau 1762. razvija koncept plemenitog divljaka, teoriju kojom pretpostavlja da su ljudska bića plemenita stvorenja, a da ih društvo svojim restrikcijama prisiljava da postanu agresivna i neprijateljska (19). Nakon toga uslijedile su brojne teorije.

Teorije nagona

Psihoanalitička teorija

Jedna od poznatijih već je spomenuta Freudova psihoanalitička teorija u sklopu teorije nagona. Godine 1920. Freud objašnjava agresivnost kao biološki utemeljeni nagon, odnosno kao vječnu borbu nagona smrti (thanatosa) i nagona života (erosa), pri čemu je cilj thanatosa uništenje erosa putem nasilja i (auto)destruktivnih postupaka (20). Ako snaga agresivnog nagona postane prejaka, dijete se može, pokušavajući je umanjiti, koristiti različitim agresivnim postupcima. Oni uključuju izražavanje ljutnje na izravan ili neizravan način, preusmjeravanje neprihvatljivih nagona u društveno prihvatljive zamjene (sublimacija) te oblike agresije koji se odvijaju u mašti. Prema hipotezi katarze, cilj svih tih postupaka postupno je rasterećenje od agresivnoga nagona (21). Mnogi se kliničari koji liječe djecu sa smetnjama agresivnoga ponašanja slažu da djeca koja su odrastala u uvjetima gdje je igra nudila veće mogućnosti sublimacije (npr. igranje u pijesku) imaju manje problema s agresijom u interrelacijskim odnosima s vršnjacima.

Etološka teorija

Etološka teorija agresivnosti Konrada Lorenza iduća je u teoriji nagona. On 1966. opisuje agresiju kao urođeni borbeni instinkt svojstven ljudima i životinjama, a kojemu je cilj preživljenje pojedinca i vrste na evolucijskoj razini. Smatrao je da se agresivni nagoni nakupljaju dok ne dođe do njihovog izbijanja zbog nekog određenog aktivirajućeg podražaja iz okoline (12).

BIHEVIORALNE TEORIJE

U skupini bihevioralnih teorija agresivnosti nalazi se nekoliko različitih modela. Zajednička im je pretpostavka da se određeno ponašanje usvaja učenjem, odnosno da je učenje ono koje dovodi do razlike u patološkom, ali i normal-

nom ponašanju među ljudima, ako su ostali utjecaji konstantni. Prva je teorija socijalnog učenja koja se dijeli na učenje klasičnim uvjetovanjem (Pavlov 1927. i Watson 1920.), operantnim uvjetovanjem i promatranjem (22).

Teorija operantnog uvjetovanja

Skinner 1938. opisuje 4 glavna principa koji objašnjavaju kako se mijenja operantno ponašanje, a koji su osnova za teoriju operantnog uvjetovanja (19).

Sears i sur. opisuju da agresivno ponašanje ovisi o situaciji, što se opisuje diskriminacijom podražaja, a znači da djeca nauče razlikovati kada se agresivno ponašanje isplati, a kada ne i prema tome se ponašaju. Nasuprot tome, generalizacijom podražaja naziva se pojava prilikom koje djeca nauče prenijeti svoje reakcije s određenog konteksta i na one druge, a koji su bili slični prethodnima u kojima se podražaj pojavljivao (23).

Teorija učenja promatranjem

Teorija učenja promatranjem Alberta Bandure 1969., kao dio teorije socijalnog učenja, opisuje da se agresivno ponašanje može naučiti promatranjem u kombinaciji s percipiranjem, aktivnim kodiranjem i pohranjivanjem informacija, odnosno da je ponašanje produkt vanjskog podražaja i unutarnjih kognitivnih procesa (24).

Osim teorije socijalnog učenja, razvijena je 1994. teorija socijalne prerade informacija Cricka i Dodgea (25).

BIOLOŠKO-FIZIOLOŠKE TEORIJE

Posljednja velika skupina modela agresivnosti su biološko-fiziološke teorije u kojima je naglasak na čimbenicima temperamenta (prkosni temperament, ponašanje bez emocija, nizak stupanj izbjegavanja štete), neurokognitivnim

čimbenicima (visok stupanj impulzivnosti ili hiperaktivnosti, niža verbalna inteligencija) te odgojnim čimbenicima (krute i nedosljedne mjere discipliniranja, slab nadzor i upućivanje djece, psihopatologija roditelja) i čimbenicima okruženja (utjecaj vršnjaka) (26). Strukture mozga čija (dis)funkcija utječe na pojavu agresivnoga ponašanja su amigdala i druge subkortikalne limbičke strukture, nukleus akumbens, prednji cingularni korteks i orbitofrontalni korteks. Na razini neurotransmitora, receptora i gena, nalazi pokazuju još složeniju sliku agresivnosti (27). Primjerice, pokazano je da je dodatan X kromosom u djevojčica i dječaka povezan s abnormalnim strukturama i funkcijama frontalnog dijela mozga. Također, kod ove djece nađen je smanjen stupanj inhibicije, mentalne fleksibilnosti, održavanja pažnje i vizualne radne memorije (28). Istraživanjem molekularne podloge agresivnog ponašanja pokazano je kako su neki od ključnih neurotransmitora koji prethode, ali i sudjeluju u samom agresivnom ponašanju dopamin, serotonin, norepinefrin, GABA te neki neuropeptidi (29,30). Na razini genoma, novija studija pokazala je da postoji povezanost između varijanti AVPR1A gena i nekih gena na drugom kromosomu (2p12) s agresivnim ponašanjem u djetinjstvu (31). Nadalje, impulzivno ponašanje povezano je s niskom razinom serotonina u cerebrospinalnom likvoru, dok je liječenje selektivnim inhibitorima ponovnog unosa serotonina kod djece i adolescenata slabije učinkovito nego kod odraslih (32). Značajan doprinos ponašanju ima i utjecaj vršnjaka, u interakciji s određenim dopaminergičnim genima (33). Ovo je zapravo pokazatelj kako genotip, naučene reakcije inhibicije i okolin-ski, socijalni čimbenici oblikuju prepoznatljiviji fenotip koji je jedinstven s obzirom na vrstu, raspon, dob početka, trajnost i kroničnost antisocijalnog ponašanja. Istraživanjem je pokazano da je visoka frontalna alfa aktivnost na EEG-u u djetinjstvu imala pozitivnu korelaciju s agresivnim antisocijalnim ponašanjem u

adolescenciji kod muških ispitanika, a što je povezano s genetičkim faktorima (34). Nađene su znanstvene poveznice čak i između psihoanalize kao oblika liječenja i neurobiologije, odnosno neuroznanosti (35).

Znanstvenici navode da univerzalnost agresije među kralježnjacima ukazuje na to da je agresija evoluirala i održala se jer ima vrijednost za preživljavanje, no isto tako, pokazano je da je agresivno ponašanje podložno društvenoj kontroli (36,37).

ZAŠTITNI ČIMBENICI I ČIMBENICI RIZIKA

Postoje određeni čimbenici rizika koji predisponiraju probleme ponašanja, a mogu se podijeliti na genetske i okolinske te okolinski dalje na psihosocijalne i situacijske (npr. traumatski događaji) (2). Obiteljski su pak činitelji kvaliteta majčinstva, psihičke smetnje roditelja (alkoholizam, antisocijalno ponašanje i kriminalitet, depresija), a posebice kada su u kombinaciji s određenim nepovoljnim interakcijama između roditelja i djeteta, što dokazuju brojna istraživanja (38).

„Dovoljno dobra majka“

Posebno je bitan dijadni odnos majke i djeteta u najranijem razdoblju, odnosno kvaliteta majčinstva koju možemo detaljnije opisati terminom „dovoljno dobre majke“, a koju je predstavio Donald Winnicott. Ova teorija opisuje ulogu majke u prijelazu djeteta kroz različite faze razvoja na putu od apsolutne ovisnosti do samostalnosti (39). Ona to čini potpuno se posvećujući djetetu i prilagođujući se svim njegovim potrebama te otklanjajući frustracije u početku njegova života, kada je ono u simbiozi s majkom. Kako dijete sazrijeva, majka instinktivno, u malim dozama, dopušta male količine frustracija, potičući dijete na daljnji razvoj i separaciju. Važnu ulogu ovdje ima pri-

jelazni objekt koji simbolično predstavlja prijelaz s unutrašnjeg i subjektivnog na ono vanjsko i objektivno. Ove su interakcije vrlo bitne za razvoj vlastite individualnosti, odnosno pravog selfa djeteta te mu pomažu stvoriti osjećaj kontrole, samopouzdanja i psihičke stabilnosti koji će mu olakšati suočavanje s poteškoćama u budućem životu (40). Winnicott objašnjava navedene funkcije majke u ovom razdoblju tri ma pojmovima - holding, handling i prezentacija objekta, kojima ona oblikuje podržavajuću okolinu, omogućujući djetetu integraciju, separaciju i razvoj najranijih objektnih odnosa (41,42).

Kvaliteta privrženosti ili „*attachmenta*“

Još jedan pojam ključan za zdrav emocionalni, socijalni i kognitivni razvoj djeteta je kvaliteta privrženosti ili „*attachmenta*“, a uveo ga je John Bowlby 1958. U ovome kontekstu termin je emocionalna veza između djeteta i majke (roditelja) razvijena u ranoj dobi, a koju započinje dijete budući da će mu ona omogućiti preživljenje. Ona se sastoji od traženja zaštite i sigurnosti od djeteta, odnosno zaštitničkog ponašanja skrbnika. Za ovaj proces postoji kritično razdoblje od prvih nekoliko godina, a ako u tom razdoblju privrženost ne bude uspostavljena ili briga o djetetu ne bude dovoljno kvalitetna (sigurna privrženost u odnosu na izbjegavajuću ili anksioznu privrženost), povećan je rizik od kasnijeg poremećenog uspostavljanja odnosa s drugima te je veći rizik od budućeg agresivnog ponašanja (43). Pronađena je i neuralna podloga prilikom aktivacije ovoga procesa kod majki, koja se očituje promjenom aktivnosti u određenim dijelovima mozga (prefrontalni i limbički dio, bazalni gangliji, hipotalamus i hipofiza), što je prikazano pomoću fMR (44). Za sigurnu vezu potrebno je da roditelj s istančanom osjetljivošću reagira na potrebe djeteta. Za razliku od toga, nesigurno vezivanje potječe iz ponašanja roditelja koje je nametljivo ili ignorirajuće, a ono ima

veći rizik od kasnijeg agresivnog reagiranja u određenim situacijama, za razliku od djece sa sigurnim vezivanjem (45). Neka od istraživanja dokazala su pozitivnu korelaciju između odnosa roditelj-dijete obilježenog malom količinom emocionalne topline i velikom količinom međusobnog neprijateljstva, nedosljednim discipliniranjem i sl., s poremećajima ophođenja, odnosno delinkventnim ponašanjem djece (46).

Teorija sadržavanja ili „*containment*“

Teorija sadržavanja ili „*containment*“ Wilfreda Biona donosi još jedan aspekt složenosti ranog odnosa između majke i djeteta. Kao važan korak u razvoju selfa on izdvaja prisutnost majčinog kapaciteta za sadržavanje djetetovih negativnih emocija i poistovjećivanje s djetetovom patnjom sve dok se ono samo ne bude sposobno s njome nositi, a pretpostavlja razvoj osobnosti uspostavljanjem psihičke veze sa stvarnim objektima. Ovaj se koncept danas koristi u individualnim i grupnim analitičkim psihoterapijama (47,48). Navedeni kvalitetni odnosi između majke, odnosno roditelja ili skrbnika i djeteta presudni su za razvoj njegove zdrave strukture ličnosti.

Zlostavljanje i zanemarivanje djeteta od strane roditelja također su važni čimbenici rizika za kasnije poremećaje, uključujući agresivno ponašanje (nasilno ponašanje, ljutnja, hostilnost) i depresiju (49). Ipak, pokazano je da se djeca koja su bila fizički zlostavljana mogu, suprotno očekivanjima, ponašati poput svojih vršnjaka koji nisu imali takva traumatična iskustva (50). Pušenje majke u prenatalnom razdoblju pokazano je kao mogući predskazatelj poremećaja ponašanja u ranom djetinjstvu, uključujući fizičku agresivnost i hiperaktivnost-impulzivnost (51). Osim pušenja majke, i kronično zanemarivanje djeteta u dobi 0-12 godina dokazano je kao predskazatelj agresivnosti i delinkventnosti djeteta u adoles-

cenciji, više kod dječaka nego kod djevojčica (52). Nasuprot tome, emocionalno topao odnos štiti djecu od takvih poremećaja, a važnim se pokazalo i roditeljsko usmjeravanje i nadzor, odnosno njihov manjak, koji dovodi do većeg rizika za razvoj navedenih poremećaja, posebice kod rizične djece, djece samohranih roditelja ili one koja žive u nesigurnim dijelovima grada (53).

Bitno je naglasiti da postoji i psihoanalitičko razumijevanje značenja uloge transgeneracijskog prijenosa nasilja (54).

I određene odgojne metode mogu pridonijeti razvijanju neprijateljskih atribucija i nedostatku samokontrole djeteta i, posljedično tome, njegovoj reaktivnoj i proaktivnoj agresivnosti (55). Za pravilan razvoj djece i adolescenata nužan je odgojni stil koji podrazumijeva ljubav, konstantnost, primjeren fizički kontakt. Traumatska iskustva u djetinjstvu mogu negativno utjecati na psihičko zdravlje djeteta i agresivnost u adolescenciji, što je istraživano kod dječaka u popravnim odgojnim ustanovama (56,57). I nepovoljan socioekonomski status jedan je od prediktora agresivnog i antisocijalnog ponašanja (58). Na agresivnost mogu utjecati vršnjački odnosi, antisocijalno ponašanje roditelja, osobito majke, pušenje majke tijekom trudnoće i dr. (59).

Složenosti ovdje nabrojanih čimbenika rizika dodaju se i prikazivanje nasilja u masovnim medijima te različiti kulturalni čimbenici.

AUTODESTRUKTIVNO PONAŠANJE I SUICIDALNOST

Autodestruktivno ponašanje svojevolumno je ozljeđivanje vlastitog tijela bez trenutne suicidalne namjere. Ovdje se uglavnom ubrajaju: samoozljeđivanje (nesuicidalni i suicidalni oblik), samootrovanje (alkoholom, lijekovima i njihovom kombinacijom), poremećaji prehrane, uporaba i zloporaba psihostimulirajućih

sredstava. Tome se dodaju suicidalna promišljanja i pokušaji suicida (60,61).

Pod samoozljeđujućim ponašanjem podrazumijeva se aktivnost usmjerena protiv samoga sebe, s vidljivom ozljedom i nanesena namjerno, ne nužno s namjerom samoubojstva. Ovakva definicija otežava dijagnosticiranje budući da ozljeda ne mora biti vidljiva, niti je namjera uvijek dokaziva. K tome, tek će manji dio adolescenata koji se samoozljeđuju tražiti profesionalnu pomoć, što dovodi do zaključka da se stopa zastupljenosti samoozljeđujućeg ponašanja vjerojatno često podcjenjuje (62).

Suicidalna (samoubilačka) ponašanja sastoje se od razmišljanja o smrti, pasivnih ili aktivnih samoubilačkih ideja, planiranja i pokušaja te počinjenja samoubojstva. Samoubojstvo je rijetko u djetinjstvu i ranoj adolescenciji (63). Prema dostupnim podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i Svjetske zdravstvene organizacije, opća stopa samoubojstava u Hrvatskoj između 1985. i 2014. stagnirala je, odnosno blago padala. Od 1985. godine uočljiv je porast broja počinjenih samoubojstava u dobi 15-19 godina (1985. stopa 5,8; 1996. stopa 13,5; 1999. stopa 12,9/100.000), što je zabilježeno i u nekim drugim zemljama. Međutim, 2000., 2001. i 2002. godine došlo je do pada broja samoubojstava u dobi 15-19 godina (2000. stopa 8,4; 2001. 7,7; 2002. stopa 8,0/100.000), dok je 2010. stopa bila 6,0/100.000 (64-66).

Suicidalna ponašanja mogu biti pokazatelj postojećih psihijatrijskih poremećaja (psihotični i anksiozni poremećaji, poremećaji osobnosti i raspoloženja, poremećaji u prehrani, ovisnička ponašanja), ali mogu biti i neovisna o njima, a katkad i samo „poziv u pomoć“ okolini (67). Samome suicidu, kao i suicidalnom ponašanju i pokušaju, često prethodi autodestruktivno ponašanje i samoozljeđivanje u različitim oblicima. Svi ovi oblici autoagresivnoga ponašanja općenito su posljedica međudjelovanja genotipa i više životnih čimbenika, u koje ubrajamo socio-kulturalne, razvojne, psihološke, psihi-

jatrijske čimbenike i čimbenike obiteljskoga okruženja (68,69). Kao i kod agresivnosti, i ovdje su poznati određeni rizični (poremećaji raspoloženja i ponašanja, traumatska iskustva, česti konflikti s roditeljima, pesimizam, ovisnost o opojnim sredstvima...) i zaštitni čimbenici (čvrsta obiteljska i socijalna povezanost, osobna, kulturalna i religiozna uvjerenja koja odvrćaju od suicidalnog ponašanja, jednostavan pristup zdravstvenom sustavu za pružanje pomoći, vještine nenasilnog rješavanja problema, konfliktnih situacija i verbalnih sukoba, ograničen pristup mogućim suicidalnim sredstvima...) koje je vrijedno poznavati kako bi se mogli koristiti pri prepoznavanju rizičnih skupina djece i adolescenata, a u svrhu prevencije autoagresivnoga ponašanja (70-72).

POSTAVLJANJE DIJAGNOZE

Dva klasifikacijska sustava kojima se stručnjaci u našoj sredini najviše koriste pri dijagnosticiranju psihičkih smetnji, poremećaja i bolesti kod djece i adolescenata su Međunarodna klasifikacija bolesti (MKB-10) i Dijagnostički i statistički priručnik za duševne bolesti (DSM-V).

Prema MKB-10, najveći dio smetnji koje imaju i agresivnu sastavnicu svrstava se u kategoriju F90-F98 koja obuhvaća Poremećaje ponašanja i emocionalne poremećaje s nastankom u djetinjstvu i adolescenciji. Prva je kategorija F90 Hiperkinetski poremećaji, koji sadrži F90.0 Poremećaj (hiper)aktivnosti i deficita pažnje (ADHD) i F90.1 Hiperkinetski poremećaj ponašanja. Sljedeće su kategorije, ujedno i najzastupljenije u okviru agresivnosti djece i adolescenata, F91 Poremećaji ponašanja i F92 Mješoviti poremećaji ponašanja i emocija. Kategorija F91 Poremećaji ponašanja, koja pokazuje porast incidencije, dijeli se na potkategorije: F91.0 Poremećaj ponašanja u kontekstu obitelji, F91.1 Poremećaj ponašanja uzrokovan nepotpunom socijalizacijom, F91.2 Poremećaj socijaliziranog ponašanja i F91.3 Poremećaji

protivljenja i prkosa. F92.0 Poremećaji ponašanja depresivnog tipa nalaze se u kategoriji F92. Iduća je kategorija F80-F89 Poremećaji psihološkog razvoja, koja obuhvaća mentalno zdravlje, psihičke tegobe, ovisnosti i sl. U sklopu ove teme najvažnija kategorija je F84 Pervazivni poremećaji razvoja. Osim u navedenim poremećajima, agresija je nerijetko sastavni dio kliničke slike djece i adolescenata s dijagnosticiranim intelektualnim poteškoćama (F70 Laka mentalna retardacija, F71 Umjerna mentalna retardacija, F72 Teža mentalna retardacija, F73 Teška mentalna retardacija) (73). K tome, agresivno ponašanje usmjereno prema sebi ili drugima viđamo ponekad kod djece i adolescenata uz dijagnozu širokog spektra poremećaja s nedovoljnim ili izostalim testiranjem realiteta, kao što je slučaj kod psihotičnih poremećaja (F20-F29 Shizofrenija, poremećaji slični shizofreniji i sumanuta stanja).

Najčešći poremećaji s izrazitim agresivnim smetnjama koji se pojavljuju kod djece i adolescenata prema DSM-V definirani su kao Poremećaj ponašanja i Poremećaj s prkošenjem i suprotstavljanjem.

PREVENCIJA

Osim dobre sublimacije agresivnog nagona, zrelih obrana i čvrstog ega, odnosno kohezivnog selfa, oduvijek je jedan od najčešćih načina suzbijanja nepoželjnoga ponašanja bila kazna i strah od nje. I danas je to kategorija koju koriste moderna zakonodavstva, kao i odgojno-pedagoške metode, ali sve je više naglasak na pravoj mjeri i veličini kazne, kako bi ona imala i željeno preventivno djelovanje. Kazna i strah od nje važni su, prema analitičkim shvaćanjima, tijekom psihoseksualnog razvoja, osobito u razdoblju edipske faze razvoja (3-5 godina), koja se redefinira u adolescenciji. Strah od kazne može se u širem smislu shvatiti kao strah od prelaska granica i nužno je potreban za pravilan psihički razvoj kao strah od

superega, prvo roditeljskoga, a kasnije svoga ili društvenoga. Potpuna odsutnost ili nekonstantnost granica često vodi do nepravilnog razvoja ličnosti, što se odnosi upravo na poteškoće s agresijom. Dan Olweus (1991-1997.) svojim je istraživanjima dokazao da je kombinacija obrazovanja i blage kazne najučinkovitiji način smanjenja učestalosti nasilja. Njegov program prevencije nasilja u školama u Švedskoj doveo je do smanjenja stope nasilja za 50 % između 2007. i 2014., a na Islandu za 40 % (74).

I u Hrvatskoj je bilo sličnih programa i projekata prevencije nasilja. Neki od njih su Škola bez nasilja, Medijacija, CAP program, Živim život bez nasilja, Stop nasilju među djecom, Prekini lanac. UNICEF je u 185 škola gotovo 10 godina provodio program prevencije nasilja „Za sigurno i poticajno okruženje u školama“. Rezultati su pokazali 50 %-tno smanjenje nasilja u tim školama (13).

Pokazalo se da postoji više uspješnih načina podučavanja djece koja rezultiraju smanjenjem stope agresivnoga ponašanja, čak i u provocirajućim situacijama. Treninzi komunikacije i vještina rješavanja problema mogu učinkovito dovesti do smanjenja agresije. Osim toga, podučavanje empatiji, osim smanjenjem antisocijalnoga ponašanja, rezultiralo je i većim samopoštovanjem i pozitivnijim stavovima kod djece (75,76).

Valja spomenuti da kronično potiskivanje snažnih osjećaja, pa i agresivnih, može biti faktor rizika za pojavu fizičke, tj. psihosomatske bolesti (aleksitimija) (77). Veliku ulogu u tome ima psihoseksualni razvoj, roditelji, obitelj, škola i društvo koji mogu pomoći razvoju mladih kod kojih će dominirati zreliji obrambeni mehanizmi, primjerice humor, sublimacija i altruizam (78). Važan utjecaj imaju i kultura i sport.

Ne može se dovoljno naglasiti značenje roditelja u prevenciji agresivnoga ponašanja svoje djece, i to od najranijih dana. Da bi to

bilo moguće, vrlo je bitno zdravlje roditelja u fizičkom i psihičkom smislu te prisutnost pozitivnih psihičkih osobina kod roditelja, osobito majke. Ponovimo da pritom mislimo na koncept „dovoljno dobrog majčinstva“ koji podrazumijeva optimalnu količinu gratifikacije i frustracije djeteta, princip dobrog holdinga i handlinga itd. (79). Dobro razvijen roditeljski kapacitet za sadržavanje djetetovih negativnih emocija, razvijena svijest kod roditelja o važnosti kulture i sporta, ali i obrazovanja kod djece i adolescenata, njegovanje pozitivnih resursa iz transgeneracijskih prijenosa te razvijenost roditeljskog kapaciteta za značenje „važnih drugih“ (učitelja, profesora, trenera) u psihofizičkom razvoju djece neki su od preventivnih faktora. Istraživanja pokazuju da programi psihosocijalne intervencije u zajednici koji sadržavaju navedeno imaju uspjeh u prevenciji agresivnoga ponašanja kod djece i adolescenata (80).

Suzbijanje kriminaliteta i zlorabe droga te konstantnost i dosljednost u provođenju kazneno-pravnih mjera prema počinitelju također imaju preventivnu ulogu (81).

Nezaobilazno je spomenuti i moguću pozitivnu, ali i negativnu ulogu medija u prevenciji, odnosno smanjenju stope agresivnosti u društvu (82,83).

Za osobe u čijem životu religija ima značajno mjesto, ona može pomoći u pronalasku obraza ponašanja za uspješnije nošenje s negativnim emocijama, uključujući i agresivnost (84).

LIJEČENJE

Agresivne smetnje kod djece i adolescenata mogu se liječiti biološkim i psihosocijalnim metodama, ovisno o tome radi li se samo o smetnji ili poremećaju, ili o ponašanju koje je dio bolesti.

Od bioloških se metoda najčešće upotrebljavaju lijekovi, ovisno o indikaciji (anksiolitici,

antidepresivi, antipsihotici) (85,86). Antipsihotici su lijekovi vrlo različite kemijske strukture koji imaju širok spektar djelovanja, od otklanjanja halucinacija i sumanutosti do doprinosa učinkovitijoj organizaciji psihičkih funkcija i poboljšanja testiranja realiteta. Zbog sposobnosti izazivanja neuroleptizacije ili neuroleptičkog sindroma (psihomotorna sedacija, emocionalna relaksacija) nekada su se zvali neurolepticima. Zbog težine nuspojava ograničena je njihova upotreba u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji, no imaju svoju primjenu u kupiranju agresivnih smetnji kod npr. psihotičnih poremećaja, intelektualnih teškoća s agresivnosti, smetnji ponašanja i sl. U dječjoj se psihijatriji koristi, slično kao i kod odraslih, ne samo antipsihotični učinak ove skupine lijekova, već i sedativni, anksiolitični, antidepresivni, antimanični, antisuicidalni, antiagresivni učinak, a ovaj potonji direktno je vezan uz našu temu (2,24,85,87). Anksiolitici i tzv. mali trankvilizatori skupina su lijekova koji primarno služe za otklanjanje tjeskobe, napetosti, straha, a mogu se podijeliti na benzodiazepinske i nebenzodiazepinske. Ovisno o indikaciji, imaju svoje mjesto u učinkovitom otklanjanju napetosti koja je nerijetko povezana s teškoćama u kontroli agresije, no potrebno je pridržavati se uputa o dozi lijeka, ali i biti informiran o tzv. „*off-label*“ praksi, s obzirom na ograničenje upotrebe te skupine za djecu ispod 18 godina života (2,24,87). Antidepresivi su skupina lijekova različite kemijske strukture i raznovrsnog mehanizma djelovanja kojih je osnovni učinak otklanjanje simptoma depresije, dakle podizanje raspoloženja, energiziranje, antisuicidalni učinak, podizanje volje i motivacije, poboljšanje kognitivnih sposobnosti. Kod djece i adolescenata s izraženim problemom agresije okrenutom prema sebi nezaobilazni su u strategiji liječenja. Ponekad stabilizatori raspoloženja, kao posebna skupina lijekova, mogu doprinijeti i smanjenju agresivnog ponašanja, u kombinaciji s drugim lijekovima (2,24).

Od socijalnih metoda mogu biti korisne različite radno-okupacijske metode, koje mogu imati i terapijsku vrijednost, ali i značenje u obliku društveno korisnog rada (terapija tijekom bolničkog ili dnevno-bolničkog liječenja) (88). Pokušane su i terapije pomoću životinja za skupinu psihijatrijskih pacijenata s povećanim rizikom za agresivno ponašanje (89).

Od psiholoških metoda nezaobilazna je psihoterapija. Psihoterapija podrazumijeva skup intervencija koje provodi psihoterapeut, dakle posebno educirani stručnjak iz područja psihoterapije (u području dječje psihijatrije je to najčešće dječji psihijatar, no može biti i psiholog koji se bavi djecom). Psihoterapija se provodi u točno određenim dogovorenim uvjetima koje nazivamo *settingom*, uvijek se radi i s roditeljima, ponekad u obliku obiteljske terapije, bračne terapije ili psihoterapije para roditelj-dijete. S obzirom na cilj, može se podijeliti na površinske i dubinske tehnike. S obzirom na prisutnost vrlo posebnog i specifičnog zdravog potencijala za razvoj u dječjoj i adolescentnoj dobi, psihoterapijske intervencije obično u kraćem razdoblju imaju šansu sanirati teškoće iz područja psihopatologije agresivnosti nego što je to slučaj kod odraslih. Uzimajući

u obzir dobnu specifičnost kod djece i adolescenata, najviše se upotrebljavaju tehnike liječenja igrom, psihodramom, analizom crteža i drugim (individualna ili grupna psihoterapija, obiteljska psihoterapija) (90).

ZAKLJUČAK

Ciljevi razvijenog društva koje se suočava s porastom stope agresivnog ponašanja djece i mladih trebali bi biti organizirani koraci u smjeru njihova smanjenja i sprječavanja. Iako složenost problema zadatak čini teškim, istraživanja i klinička praksa pokazuju zadovoljavajuću i ohrabrujuću učinkovitost, kako preventivnih, tako i terapijskih učinaka. U raznim studijama, od kojih su neke i ovdje navedene, vidljivo je da prevencija određenih rizičnih čimbenika, koji su dokazano u pozitivnoj korelaciji s pojavom antisocijalnog ponašanja djece, dovodi do smanjenja stope njegova pojavljivanja. Ovo nam pokazuje da je uvođenjem pomno osmišljenih programa u škole, dosljednim provođenjem preventivnih mjera među izdvojenim, rizičnim dijelom populacije pa možda i donošenjem još kvalitetnije zakonske regulative, moguće ostvariti cilj - dobrobit djeteta, obitelji i društva.

LITERATURA

1. Begić D. Psihopatologija. Treće, nepromijenjeno izdanje. Zagreb: Medicinska naklada, 2016.
2. Nikolić S, Marangunić M i sur. Dječja i adolescentna psihijatrija. Zagreb: Školska knjiga, 2004.
3. Dodig-Ćurković K i sur. Psihopatologija dječje i adolescentne dobi. Osijek: Svjetla grada, 2013.
4. Liu J. Concept analysis: aggression. Issues Ment Health Nurs 2004; 25: 693-714.
5. Moyer KE. Kinds of aggression and their physiological basis. Communications in Behavioral Biology 1968; 2: 65-87.
6. Rivers I, Smith PK. Types of bullying behaviour and their correlates. Aggressive Behav 1994; 20: 359-68.
7. Haug-Schnabel G. Agresivnost u dječjem vrtiću: Razumijevanje i svladavanje problema. Zagreb: Educa, 1997.
8. Rieffe C, Terwogt MM, Bosch JD. Emotion understanding in children with frequent somatic complaints. Eur J Dev Psychol 2004; 1: 31-47.
9. Kerr MA, Schneider BH. Anger expression in children and adolescents: A review of the empirical literature. Clin Psychol Rev 2008; 28: 559-77.
10. Pečnik N. Medugeneracijski prijenos zlostavljanja djece. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2005.
11. Björkqvist K. Sex differences in physical, verbal, and indirect aggression: A review of recent research. Sex Roles 1994; 30: 177-88.
12. Essau CA, Conrath J. Agresivnost u djece i mladeži. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2006.
13. Stop nasilju među djecom [Internet]. Pristupljeno 16.10.2016. Dostupno na: http://www.unicef.hr/programska_aktivnost/stop-nasilju-medu-djecom/
14. Ajduković M, Rimac I, Ogresta J, Rajter, M, Skokandić L, Sušac N. Epidemiological Study and Administrative Data Collection on Child Abuse and Neglect in Croatia. 12th ISPCAN European Regional Conference on Child Abuse and Neglect: Challenging Social Responsibilities for Child Abuse and Neglect - Final Programme and Abstracts Tampere 2011.

15. Obiteljski zakon (NN 162/1998)
16. Zakon o zaštiti od nasilja u obitelji (NN 137/09, 14/10, 60/10)
17. Kazneni zakon (NN 125/11, 144/12, 56/15, 61/15)
18. Zakon o sudovima za mladež (NN 84/11, 143/13, 56/15)
19. Aronson E, Wilson TD, Akert RM. Socijalna psihologija. Četvrto izdanje. Zagreb: Mate d.o.o., 2005.
20. Carel H. Life and Death in Freud and Heidegger (Contemporary Psychoanalytic Studies 6). Amsterdam: Rodopi, 2006.
21. Freud S. The Basic Writings of Sigmund Freud. U: Brill AA, ur. New York: The Modern Library, 1995.
22. Moore JW, ur. A Neuroscientist's Guide to Classical Conditioning. New York: Springer-Verlag, 2002.
23. Berk LE. Dječja razvojna psihologija. U: Keresteš G, ur. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2015.
24. Lewis M. Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook, 4th edition. U: Martin A, Volkmar FR, ur. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
25. Dodge KA, Crick NR. Social Information - Processing Bases of Aggressive Behavior in Children. *Pers Soc Psychol B* 1990; 16: 8-22.
26. Bettencourt BA, Talley A, Benjamin AJ, Valentine J. Personality and aggressive behavior under provoking and neutral conditions: a meta-analytic review. *Psychol Bull* 2006; 132: 751-77.
27. Savić A, Jukić V. Neurobiologija agresivnosti i nasilja. *Soc psihijat* 2014; 42: 109-13.
28. Van Rijn S, Swaab H. Executive dysfunction and the relation with behavioral problems in children with 47,XXY and 47,XXX. *Genes Brain Behav* 2015; 14: 200-8.
29. Jakovljević M i sur. Dopamin u Zdravlju i Bolesti: mitovi i činjenice. Zagreb: Pro Mente d.o.o, 2015.
30. Yanowitch R, Coccaro EF. The neurochemistry of human aggression. *Adv Genet* 2011; 75: 151-69.
31. Pappa I, St Pourcain B, Benke K i sur. Am J Med Genet B. A genome-wide approach to children's aggressive behavior: The EAGLE consortium. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2016; 171: 562-72. doi: 10.1002/ajmg.b.32333. Epub 2015 Jun 18.
32. Glick AR. The role of serotonin in impulsive aggression, suicide, and homicide in adolescents and adults: a literature review. *Int J Adolesc Med Health* 2015; 27: 143-50.
33. Janssens A, Van Den Noortgate W, Goossens L i sur. Externalizing Problem Behavior in Adolescence: Dopaminergic Genes in Interaction with Peer Acceptance and Rejection. *J Youth Adolesc* 2015; 44: 1441-56.
34. Niv S, Ashrafulla S, Tuvblad C i sur. Childhood EEG frontal alpha power as a predictor of adolescent antisocial behavior: a twin heritability study. *Biol Psychol* 2015; 105: 72-6.
35. Rudan V, Skocić M, Marčinko D. Towards an integration of psychoanalysis and neurobiology in 21st century. *Coll Antropol* 2008; 32: 977-9.
36. Lore RK, Schultz LA. Control of human aggression. A comparative perspective. *Am Psychol* 1993; 48: 16-25.
37. Berkowitz L. A different view of anger: the cognitive-neoassociation conception of the relation of anger to aggression. *Aggress Behav* 2012; 38: 322-33.
38. Farrington DP. Childhood aggression and adult violence: Early precursors and later life outcomes. U: Pepler DJ, Rubin KH, ur. The Development and Treatment of Childhood Aggression. New Jersey: Hillsdale LEA, 1991.
39. Winnicott D. Transitional objects and transitional phenomena. *Int J Psychoanal* 1953; 34: 89-97.
40. Janssen PL. Psychoanalytic Therapy in the Hospital Setting. London, New York: Routledge, 2015.
41. Winnicott DW. The theory of the parent-infant relationship. *Int J Psychoanal* 1962; 43: 238-9.
42. Winnicott DW. Mirror-role of Mother and Family in Child Development. *Playing & Reality*. Hove: Psychology Press, 1971.
43. Pärvan A. A Philosophical Concept of Deprivation and Its Use in the Attachment-Focused Treatment of Violence. *Int J Appl Philos* 2014; 28: 331-46.
44. Lenzi D, Trentini C, Tambelli R, Pantano P. Neural basis of attachment-caregiving systems interaction: insights from neuroimaging studies. *Front Psychol* 2015; 6: 1241. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01241. Epub 2015 Aug 24.
45. DeMulder EK, Denham S, Schmidt M, Mitchell J. Q-sort assessment of attachment security during the preschool years: links from home to school. *Dev Psychol* 2000; 36: 274-82.
46. Gullotta TP, Adams GR, Markstrom CA. The adolescent experience. 4th Edition. San Diego: Academic Press, 1999.
47. Bion WR. Learning from experience. London: William Heinemann Medical Books Ltd, 1962.
48. Douglas H. Containment And Reciprocity: Integrating Psychoanalytic Theory and Child Development Research for Work with Children. London, New York: Routledge, 2007.
49. You S, Lim SA. Development pathways from abusive parenting to delinquency: The mediating role of depression and aggression. *Child Abuse Negl* 2015; 46: 152-62.
50. Holmes MR, Yoon S, Voith LA, Kobulsky JM, Steigerwald S. Resilience in physically abused children: protective factors for aggression. *Behav Sci (Basel)* 2015; 5: 176-89.
51. Huijbregts SC, Séguin JR, Zoccolillo M, Boivin M, Tremblay RE. Associations of maternal prenatal smoking with early childhood physical aggression, hyperactivity-impulsivity, and their co-occurrence. *J Abnorm Child Psychol* 2007; 35: 203-15.
52. Logan-Greene P, Semanchin Jones A. Chronic neglect and aggression/delinquency: A longitudinal examination. *Child Abuse Negl* 2015; 45: 9-20.
53. Pettit GS, Bates JE, Dodge KA, Meece DW. The Impact of After-School Peer Contact on Early Adolescent Externalizing Problems Is Moderated by Parental Monitoring, Perceived Neighborhood Safety, and Prior Adjustment. *Child Dev* 1999; 70: 768-78.
54. Saxbe D, Del Piero LB, Immordino-Yang MH, Kaplan JT, Margolin G. Neural mediators of the intergenerational transmission of family aggression. *Dev Psychopathol* 2015; 15: 1-12.

55. Gao Y, Zhang W, Fung AL. The associations between parenting styles and proactive and reactive aggression in Hong Kong children and adolescents. *Int J Psychol* 2014; 50: 463-71.
56. Hoeve M, Colins OF, Mulder EA, Loeber R, Stams CJ, Vermeiren RR. The association between childhood maltreatment, mental health problems, and aggression in justice-involved boys. *Aggress Behav* 2015; 41: 488-501.
57. Erdelja S, Vokal P, Bolfan M, Erdelja SA, Begovac B, Begovac I. Delinquency in incarcerated male adolescents is associated with single parenthood, exposure to more violence at home and in the community, and poorer self-image. *Croat Med J* 2013; 54: 460-8.
58. Piotrowska PJ, Stride CB, Croft SE, Rowe R. Socioeconomic status and antisocial behaviour among children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2015; 35: 47-55.
59. Tremblay RE, Nagin DS, Séguin JR i sur. Physical aggression during early childhood: trajectories and predictors. *Pediatrics* 2004; 114: 43-50.
60. Marčinko D i sur. Suicidologija. Zagreb: Medicinska naklada, 2011.
61. Dodig-Čurković K. Učestalost raznih oblika autodestruktivnog i heterodestruktivnog ponašanja kod adolescenata i njihova karakteristična obilježja. Disertacija. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, 2010.
62. Rowe SL, French RS, Henderson C, Ougrin D, Slade M, Moran P. Help-seeking behaviour and adolescent self-harm: A systematic review. *Aust Nz J Psychiat* 2014; 48: 1083-95.
63. Pelkonen M, Marttunen M. Child and Adolescent Suicide. *Pediatric Drugs* 2003; 5: 243-65.
64. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2015. godinu. WEB izdanje. Zagreb, 2016. Pristupljeno 15.1.2017. Dostupno na: http://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2017/02/Ljetopis_2015_IX.pdf.
65. Silobrčić Radić M, Jelavić M. Registar izvršenih samoubojstava Hrvatske. Hrvatski časopis za javno zdravstvo 2011; 7: br. 28.
66. Mental health. Suicide data [Internet]. Pristupljeno 12.12.2016. Dostupno na: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicide-prevent/en/
67. Pfeffer CR. Suicide in mood disordered children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2002; 11: 639-47.
68. Pfeffer CR. Assessment of suicidal children and adolescents. *Psychiatr Clin North Am* 1989; 12: 861-72.
69. Currier D, Mann JJ. Stress, Genes and the Biology of Suicidal Behavior. *Psychiatr Clin North Am* 2008; 31: 247-69.
70. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. Geneva, Switzerland: WHO; 2014.
71. Vörös V, Fekete S, Hewitt A, Osváth P. [Suicidal behavior in adolescents--psychopathology and addictive comorbidity]. *Neuropsychopharmacol Hung* 2005; 7: 66-71.
72. Afifi TO, Cox BJ, Katz LY. The associations between health risk behaviours and suicidal ideation and attempts in a nationally representative sample of young adolescents. *Can J Psychiatry* 2007; 52: 666-74.
73. Kušević Z. Intelektualne teškoće. U: Begić D, Jukić V, Medved V. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada, 2015.
74. Our major implementation projects [Internet]. Pristupljeno 10.10.2016. Dostupno na: <http://olweusinternational.no/our-major-implementation-projects/>
75. Misra G. Psychology In India Volume 3: Clinical And Health Psychology. London: Pearson Education, 2010.
76. Studer J. Understanding and preventing aggressive responses in youth. *Elementary School Guidance & Counseling* 1996; 30: 194-203.
77. Kušević Z, Marušić K. Povezanost aleksitimije i morbiditeta. *Lijec Vjesn* 2014; 136: 44-48.
78. Vaillant GE. Adaptive mental mechanisms: Their role in a positive psychology. *Am Psychol* 2000; 55: 89-98.
79. Hoghugh M. Good enough parenting for all children - a strategy for a healthier society. *Arch Dis Child* 1998; 78: 293-6.
80. Fossum S, Handegård BH, Martinussen M, Mørch WT. Psychosocial interventions for disruptive and aggressive behaviour in children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008; 17: 438-51.
81. Vlada RH. Nacionalna strategija suzbijanja zlouporabe droga u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2012. do 2017. godine. Zagreb 2012.
82. Cantor J, Wilson BJ. Media and Violence: Intervention Strategies for Reducing Aggression. *Media Psychol* 2003; 5: 363-403.
83. David-Ferdon C, Feldman Hertz M. Electronic Media, Violence, and Adolescents: An Emerging Public Health Problem. *J Adolesc Health* 2007; 41: S1-S5.
84. Hess RE, Maton KI, Pargament K. Religion and Prevention in Mental Health: Research, Vision, and Action. London, New York: Routledge, 2014.
85. Kušević Z. Antipsihotici u djece i adolescenata: prikaz slučaja. U: Mihaljević-Peleš A, Šagud M. Poslijediplomski tečaj stalnog medicinskog usavršavanja 1. kategorije: Klinička primjena antipsihotika. Zagreb, 2015.
86. Hotujac Lj i sur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada, 2006.
87. Kocijan Hercigonja D, Kozarić Kovačić D, Hercigonja V. Psihofarmakoterapija kod djece i adolescenata. *Medicus* 2002; 11: 259-62.
88. Connor DF. Aggression and Antisocial Behavior in Children and Adolescents: Research and Treatment. New York: Guilford Press, 2002.
89. Nurenberg JR, Schleifer SJ, Shaffer TM i sur. Animal-assisted therapy with chronic psychiatric inpatients: equine-assisted psychotherapy and aggressive behavior. *Psychiatr Serv* 2015; 66: 80-6.
90. Stallard P. Misli dobro, osjećaj se dobro: Kognitivno-bihevioralna terapija u radu s djecom i mladim ljudima. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2010.