

# PROFYLAKTICKÁ PRÁCA S DEŤMI A ADOLESCENTMI NÁCHYLNÝMI K AUTOAGRESIVITE

**Katarína TUHRINSKÁ**

Agresivita u detí a adolescentov môže byť nasmerovaná voči vonkajšiemu svetu, prejavuje sa agresívnym správaním voči okoliu, iným ľuďom alebo predmetom. Najčastejším spúšťačom takéhoto správania je konflikt s okolím. Agresivita však môže byť nasmerovaná aj voči sebe samému, tzv. autoagresivita. Najčastejším prejavom je sebadeštrukčné správanie, ktoré v krajných prípadoch môže vyústiť do činu dokonaného siucidia.

V poslednom čase sa čoraz viac objavujú deti s prejavmi sebadeštrukčného správania. Do tejto kategórie zaraďujeme deti na prvý pohľad nekonfliktné, často kludné a introvertné, ktorých správanie a aktivita neubližuje iným, ale škodí im samým, ich fyzickému a psychickému zdraviu.

V praxi je zaužívané priraďovať k sebadeštrukčnému správaniu tie vedomé aktivity, ktoré spôsobujú ohrozenie života. Pritom len časť prípadov týchto konaní končí samovraždou, v ostatných prípadoch osobnosť vplyva negatívnym spôsobom na svoj život, pokúša sa ho skrátiť, zničiť, skaziť, ... atď.

Takáto interpretácia definuje sebadeštrukčné správanie ako akt zúfalstva, problémové sebaovládanie, neschopnosť ďalej rozhodovať o svojom živote. Krajná podoba sebadeštrukčného správania vedie k suicídiu. Suicídium detí a adolescentov v základných bodoch kopíruje suicídium dospelých, ale má svoje špecifiká, ktoré sú determinované vekovými osobitosťami.

Prakticky neexistujú samovrahovia do 5 rokov. Vo veku do 19 rokov percento dokonaných samovrážd zodpovedá približne 4 % všetkých vekových skupín. Za posledné roky percento samovrážd adolescentov a pokusov o samovraždu rastie. Riziko sebadeštrukčného správania sa objavuje najčastejšie vo veku 10 až 12 rokov. Zvlášť nebezpečné je obdobie puberty, kedy dieťa okrem všetkých iných ťažkostí trápia aj problémy vývoja, je fyzicky a psychicky labilné.

U detí a dospelých je všeobecnou príčinou suicídia neschopnosť sociálno-psychologickej adaptácie v dôležitých oblastiach vzťahov ako dôsledok vyhrotených psychotraumatických situácií. Pre deti to však zväčša nie sú trvalé poruchy (životná kríza,

profesionálny neúspech, ... atď.), ale predstavujú objektívne ľahšie poruchy komunikácie v blízkom okolí (v rodine, v škole, medzi rovesníkmi).

Suicídium adolescenta je často vzrušujúce, má podoby „hrdinského“ alebo romantického správania s prvkami hry a predvádzania sa. Zvyčajne práve hravý komponent, teatralizácia a karnevalizácia suicídia sú pre dieťa prítlačlivé.

Psychologickým zmyslom suicídia adolescenta je volanie o pomoc, úsilie o upútanie pozornosti k svojmu utrápeniu. Nejde o skutočnú túžbu zomrieť, predstava o smrti je hranične nevypočítateľná a infantilná. Smrť je demonštrovaná v podobe vykupujúceho sna, oddychu od útrap a je spôsobom potrestania tých, ktorí ubližujú.

Suicídiu predchádzajú krátkodobé, objektívne ľahké konflikty v rôznych sférach vzťahov: životných, školských, osobných. Konflikt má pre adolescenta hraničnú hodnotu, vyvoláva vnútornú krízu a dramatizáciu stavu. Suicídálne správanie reguluje skôr afektová reakcia, než racio a argumentácia. Pre suicídium detí je typický nešikovný výber prostriedkov na vykonanie samovraždy (aspirín, motorový olej, skoky z prízemia, ap.).

To znamená, že autodeštrukčné tendencie nevnikajú do detského vedomia hlboko, sú skôr situačné a povrchové.

### **Riziko suicídia adolescentov determinuje množstvo faktorov:**

- 1. Detstvo, ktoré prebieha v nevyhovujúcich rodinných podmienkach:** zložitá psychologická atmosféra v rodine, strata rodičov, konflikty rodičov, alkoholizmus. Bezprizórnosť, zanedbanosť adolescenta, absencia opory zo strany dôležitej blízkej dospeléj osoby, ktorú by si vážil a ktorá by mu venovala pozornosť.
- 2. Detstvo, ktoré prebieha v psychicky rozvrátených rodinách:** odvrhnutie v rodine, prehnaná opatera, krutosť a náročnosť bez lásky, kritický postoj k akýmkoľvek prejavom adolescenta. Zvlášť nebezpečné sú skryté, neprejavené a vonkajšie bezkonfliktné situácie: neprímerané spôsoby výchovy a komunikácie s dieťaťom, abnormálne potlačenie samostatnosti, nesloboda, nekonečné moralizovanie, poučovanie, nespravodlivé tresty a obmedzenia. Aktuálnym problémom je taktiež násilie na dieťaťu a krutosť vo vzťahu k nemu.
- 3. Absencia priateľov u adolescenta,** jeho odvrhnutie v školskej skupine. Odvrhnuté deti sa nachádzajú na nižších priečkach statusovej hierarchie detskej skupiny, sú často vystavené výsmechu, fyzickému a psychickému násiliu, ... atď.
- 4. Psychofyziologická labilnosť** na pozadí ťažko prebiehajúcej puberty. Možno uviesť celý rad príznakov ťažkého priebehu puberty: rýchly rast, morfológická disharmónia a

anomálie vo vývoji organizmu, psychická labilnosť a rozvoj dominantných charakterových črt.

Výskumy ukazujú, že k suicídiu sú náchylnejší adolescenti s nasledujúcimi črtami charakteru: agresívny typ, emotívny, senzitívny, hysterický, astenický.

**5. Osobnostné črty adolescenta:** napätosť, neschopnosť nájsť východisko zo situácie, impulzivnosť, nízka sebakontrola, neschopnosť tlmiť nervovo-psychické napätie, sugescia, nekompromisnosť a absencia životných skúseností. Suicidálna pripravenosť je vyššia u adolescentov so zníženou schopnosťou regulácie nálad, nedostatočným uspokojovaním ich požiadaviek, s príznakmi nemožnosti sebaujadrenia, neúspechmi v štúdiu a medziľudských vzťahoch.

Adolescentov, ktorí sú náchylní k suicídiu charakterizuje **typické vnútorné prežívanie:**

- beznádej, osamelosť, pocit slepej uličky. V tomto kontexte dieťa nedokáže využiť svoju schopnosť vyrovnáť sa s problémami a nájsť riešenie,
- bezmocnosť, vyčerpanosť, neschopnosť regulovať životné udalosti, život je riadený inými ľuďmi a okolnosťami,
- pocit nedôstojnosti, nepotrebnosti, bezvýznamnosti,
- pocit osamelosti a izolácie: nikto mi nepomôže, nezaujímajú sa o mňa, nechápe ma.

Vnútorný stav sa prejavuje v **typickom vonkajšom správaní:**

- protirečivosti, nerozhodnosti. Vyvolanie želania zomrieť, ale môže to byť volanie o pomoc,
- rýchla zmena pocitov, nestálosť nálady. Nádeje rýchlo vzbĺknú a vyhasnú. Syndróm chorobného nepokoja, agitovaného správania: oduševnenie, ktoré však sprevádza zhon a zmätok,
- apatia, absencia záujmu k niečomu. Prázdne trávenie času. Depresia, záchvaty bezmocnosti, slabovôle; adolescent je ťažkopádny, vyhýba sa zodpovednosti, bezvýznamne zabíja čas, v správaní sa prejavuje útlm a bdelé snenie,
- neschopnosť plánovať a robiť bežné veci, paralýza aktivity,
- vonkajšia spokojnosť s nuansom chorobne pochmúrnej uzavretosti do seba, zlovestné upokojenie, rezignovanie z problémov a starostí. Útek do sveta autistických fantázií, príznaky úniku od reality,
- nízka tolerantnosť ku konfliktom, narastanie nemotivovanej agresivity. Vysoká zraniteľnosť a prudká reakcia na neúspech,

- výrazný pocit viny, hanba za seba, zreteľná nespokojnosť so sebou samým. Príznaky neurotického vývoja. Môže sa maskovať úmyselnou bravúrou, drzosťou, vyzývavým správaním,
- užívanie alkoholu, drog, toxikománia.

Väčšina odborníkov skúma suicídium ako vrcholnú formu autodeštruktívneho správania, ktorá zahŕňa akúkoľvek vedomú vonkajšiu alebo vnútornú aktivitu vedúcu k samovražde.

**Vnútorné formy** suicidálnej aktivity:

- suicidálne myšlienky, fantázie na tému smrti (zaspať a nezobudiť sa, keby som tak zomrel, ap.)
- suicidálne úmysly: vymýšľajú sa spôsoby samovraždy, plánujú sa prostriedky a čas,
- suicidálny zámer: k úmyslu sa pripája vôľový komponent, človek sa pripravuje na určitý čin.

**Vonkajšie formy** suicidálnej aktivity rozdeľujeme do dvoch skupín.

1. Suicidálne pokusy – ciele akty správania, ktoré vedú k samovražde, nekončia však smrťou
2. Dokonané suicídium – činy, ktoré končia smrťou človeka.

U detí na rozdiel od dospelých sú časté ani nie tak dokonané formy suicídia, ako skôr úmysly, myšlienky, pokusy. V tomto kontexte sa viac hovorí o demonštratívno-vydierajúcom správaní, ktorého zámerom je ani nie tak smrť, ako najmä vplyv na dôležité osoby, traumatizujúcu situáciu. Pri tomto správaní osobnosť nechce umrieť, ale vyberá si suicídium ako spôsob vplyvania na životné podmienky a na ľudí, od ktorých závisí zmena týchto podmienok.

V praxi toto špecifikum detskej autodeštruktívnosti má veľký význam, pretože deti nehľadajú smrť ako takú a nesnažia sa k vedomému ublíženiu si. Preto je s nimi nevyhnutná ako korekčná práca (zmena sebadeštruktívnych postojov a rozvoj konštruktívnosti), tak aj preventívna práca (identifikovanie detí s rizikom suicídia).

**Profylaktický program** má zahŕňať deti:

- z rodín nepriaznivých v sociálnom a psychologickom zmysle,
- s ťažkým priebehom puberty,
- neakceptované a psychologicky izolované a odvrhnuté v rôznych detských a adolescentných skupinách
- s príznakmi plánovaného suicídia.

Zistiť dané príznaky je možné ako na základe metódy výskumu, besied, dotazníka dôležitých dospelých, tak aj za pomoci komplexu metodík, ktoré zahŕňajú:

1. anketu, ktorej cieľom je zistenie sociálnych charakteristík rodiny,
2. sociometrický dotazník v detskej skupine, v ktorej sa učí dieťa,
3. dotazovač rodičovského vzťahu A. Stolina-Vargu, typ výchovy podľa E. Eidemullera,
4. test Lushera,
5. patocharakterologický detský dotazovač (PDD), ktorého cieľom je definovanie akcentuácií,
6. dotazník rizika suicídia.

### **Anketa na zistenie sociálnych charakteristík rodiny**

Body ankety môžu byť realizované pri verbálnej komunikácii, interview na telefóne.

Uved'te, prosím, niektoré údaje o Vašej rodine:

#### **1. S kým spoločne bývate:**

Matka, otec, brat, sestra, babka, dedko, iní príbuzní.

#### **2. Bytové podmienky:**

a) samostatný byt, b) bývam spolu so svokrovcami, c) izba (izby) v komunálnom byte

#### **3. Celkový príjem rodiny:**

a) nízky, b) priemerný, c) nadpriemerný, d) vysoký

#### **4. Atmosféra v rodine:**

a) príjemná, srdečná, b) v podstate priateľská, c) býva rôzna, d) nekomfortná, e) konfliktná

#### **5. Typ rodinných vzťahov:**

a) rovnocenný vzťah, všetky problémy sa riešia spoločne, b) každý má presne určené postavenie, každý pozná svoje povinnosti, c) v rodine je hlava a tá rieši základné problémy, d) v rodine nie je hlava, všetko sa rieši živelne, e) dominuje boj o moc

#### **6. Zdravotné problémy členov rodiny:**

Číslo	Problémy	muž	žena	dieťa
1.	Oslabené zdravie, často chorľavie			
2.	Problém s váhou			
3.	Zlé sny			
4.	Zlý apetít			
5.	Zvýšená únava			

6. Poruchy zraku, sluchu
7. Chronické bolesti, lekárska evidencia
8. Nervové problémy, evidencia u neuropatológa
9. Psychická nerovnováha, duševné poruchy

**7. Konflikty v rodine:**

a) veľmi časté, b) časté, c) niekedy, d) zriedkavo, e) prakticky nie sú

**8. Príčiny konfliktov v rodine:**

a.) životné záväzky, b) finančné otázky, c) vzájomné vzťahy, d) voľný čas, e) škodlivé zlozvyky, f) hrubé správanie, g) výchova detí, h) vzťahy s príbuznými, i) intímne vzťahy

**9. Iné problémy členov rodiny:**

Číslo	Problémy	matka	otec	dieťa
1.	Neovládateľnosť			
2.	Panovačnosť, utláča iných			
3.	Strach zo starších podľa statusu			
4.	Agresivnosť			
5.	Izolovanosť v rodine			
6.	Izolovanosť v kolektíve			
7.	Pomalosť, pasivnosť			
8.	Nervozita, emotivnosť			
9.	Bezočivosť, samoľúbosť			

**10. Dozor a starostlivosť o deti:**

a) hlavne matka, b) otec, c) obaja rodičia, d) babka alebo dedko, e) susedia, f) náhodní ľudia, g) nikto

**11. Kontrola štúdia dieťaťa:**

a) neexistuje, b) rodičia, c) babka, d) súrodenci, e) učiteľ v škole

**12. Výchovné ciele v rodine:**

a) horlivosť, disciplína, b) dobré štúdium, c) kontakt s rovesníkmi, d) zdravie, e) dobrý charakter, f) adaptácia k životu, g) aktivita, h) budúci úspech, ch) priebornosť, i) talent, schopnosti, j) ciele nie sú stanovené

**13. Tresty detí v rodine:**

a) nie sú zaužívané, b) facky, zaucha, krik a nadávky, c) profylaktické besedy, d) zákaz hier, sladkostí, e) strata komunikácie, chlad.

#### **14. Problémy dieťaťa:**

Číslo	Tematika problémov	Frekvencia
1.	Nešťastná zaľúbenosť, želanie zoznámiť sa	
2.	Odvrhnutie rovesníkmi v triede	
3.	Zlá, potláčaná nálada	
4.	Osamelosť, absencia priateľov	
5.	Znásilňovanie alebo sexuálne obťažovanie	
6.	Fyzické násilie, bitie	
7.	Časté spory s priateľmi svojho pohlavia	
8.	Časté spory s priateľmi opačného pohlavia	
9.	Zahynul, umrel priateľ	
10.	Zahynul (stratil sa) priateľ – domáce zviera	
11.	Narkománia	
12.	Alkohol, fajčenie	
13.	„Nešťastná láska“, neopätovanosť	
14.	Účasť v mládežníckych zoskupeniach	
15.	Nevera v priateľstve, zrada	

#### **Prognostická tabuľka rizika suicídia u detí a adolescentov:**

Číslo	Problém	bodovanie
1.	Strata oboch rodičov	5
2.	Strata jedného z rodičov alebo rozvod v rodine	4
3.	Ťažká psychologická atmosféra v rodine	4
4.	Izolácia v detskom kolektíve	4
5.	Nespravodlivé výchovné metódy, potláčanie	4
6.	Ťažké somatické choroby, invalidita	3
7.	Absencia opory na milujúceho dospelého	3
8.	Neúspechy v štúdiu, slabé školské výsledky	3
9.	Osobnostné črty	3
10.	Užívanie alkoholu a drog	2
11.	Narušenie kontroly, impulzivnosť	2
12.	Nízke sebahodnotenie	1
13.	Ťažký priebeh puberty	1

Deti, ktoré dosiahli viac ako 25 bodov môžu byť zaradené do rizikovej skupiny suicídia.

***Korekčná práca s deťmi a dospievajúcimi***, ktoré majú autodeštrukčné tendencie osobnosti je možná len pri zistení príčin sebadeštrukčného správania. Najčastejšie sú potrebné konzultácie a korekcia suicidálnych zámerov u odborníkov, ktorí pracujú s nešťastnými deťmi, resp. u telefonických konzultantov. Avšak psychologickú pomoc deťom s rizikom suicídia je povinný poskytovať prakticky akýkoľvek dospelý (odborník, učiteľ, rodičia, atď.). Deti so suicidálnymi postojmi nezriedka samé hľadajú pomoc, obracajú sa na linku dôvery, vypovedajú o svojich rozhodnutiach v rozhovore. V suicidiológii je známe, že suicidenta je ľahké odradiť neopatrným a neodborným slovom, čo nezriedka znižuje možnosť pomôcť mu.

Pri konzultovaní detí a adolescentov s rizikom suicídia je nevyhnutné dodržiavať nasledujúce **pravidlá**:

***Počúvanie.***

Suicident sa túži vyrozprávať, často sa bojí vlastných odhodlaní. Je mu potrebné dať možnosť slobodne hovoriť. Netreba ho prerušovať, vyjadrovať svoje názory, komentovať. Je nutné vytvoriť korektné vzťahy, byť vnímavým poslucháčom, nehádať sa, pýtať sa než hovoriť.

***Banalizácia, zavrhnutie predstavy o výnimočnosti utrpenia.***

Suicidentovi sa zdá jeho problém často ako globálny a unikátny, alebo je ním potlačený, nie je ho schopný kriticky vnímať. Takéto sklony majú deti v dôsledku nedostatočnej životnej skúsenosti a pocitu, že „to prejde“.

***Estetický prístup.***

V suicidiológii je známe, že ľudia sa boja neestetickosti vlastného tela po smrti. Nezriedka ľudia upustili od suicídia, keď zistili, ako bude vyzerat' ich telo po smrti. Estetický prístup znamená, že je možné aplikovať tento mechanizmus v prípade načrtnutia obrazu jeho tela po smrti.

***Pripomínanie povinností a vzťahov s blízkymi.***

Je potrebné hľadať v okolí suicidenta blízkeho človeka, ktorého by nechcel zarmútiť svojim činom, pripomenúť mu nutnosť chrániť tohto človeka pred otrasmi.



### ***Z pohľadu budúcnosti.***

Banalizácia situácie na pozadí života ako celku. Tento princíp predpokladá, že suicidentovi je ponúknuté uvidieť seba a svoje činy v širšom kontexte, zaujať filozofické stanovisko.

### ***Konfrontácia negatívneho a pozitívneho.***

Suicidentovi je potrebné pomôcť sústrediť sa nielen na negatívne stránky aktuálnej situácie, ale „oživiť“ predstavy o tom dobrom, čo je v jeho živote.

### ***Kontrastácia s inými.***

Je známe, že ľudia ochotnejšie znášajú utrpenie, keď niekto iný trpí ešte viac. Pre suicidenta je užitočné poznať príklady toho, ako sa ľudia, ktorí sú v oveľa horšej pozícii ako je on, dokážu vzchopiť.

### ***Aplikácia skúsenosti z riešenia problémov.***

Každý človek sa v minulosti stretával s rôznymi ťažkosťami a dokázal sa s nimi vysporiadať. Suicidentovi je nutné pripomínať jeho skutky „hrdinstva“, víťazstva v ťažkostiach, poukázať, že aj teraz môže využiť svoje skúsenosti.

### ***Prebudenie potenciálu sily.***

Väčšina suicidentov pociťuje svoju bezmocnosť, neschopnosť niečo urobiť. Je potrebné im pomôcť nájsť v sebe zdroj energie, o ktorý sa budú opierať v tomto období: sila vôle, fyzická sila, sila trpezlivosti atď.

### ***Pozitívna budúcnosť.***

Je nevyhnutné pomôcť suicidentovi vytvoriť si plány do budúcnosti, odhaliť jeho želania a túžby, vďaka ktorým sa bude snažiť napredovať.

### ***Štruktúracia aktivít.***

Tento princíp sa zakladá na vypracovaní plánu činností na nasledujúce obdobie. Suicidentovi sa odporúča dodržiavať tento plán a nepripustiť si labilnosť a pochybnosti.

### ***Preorientovanie sa na starostlivosť o iných.***

Mnoho ľudí je schopných zabudnúť na seba, keď sa zaoberajú niekým oveľa slabším a bezmocnejším. Pre suicidálne deti môže byť takým objektom pes, kocúrik, mladší súrodenec, ... atď.

### ***Rozšírenie okruhu záujmov.***

Dieťaťu je potrebné nájsť také činnosti, ktoré by mu pomohli rozptýliť sa, vzbudiť radosť. Odporúča sa prehodnotiť záujem o šport, prácu v krúžkoch, účasť v kolektívnych podujatiach.

Konzultant, ktorý vedie diskusiu v skupine s rizikom suicídia, má pamätať na zraniteľnosť a zúfalstvo, ktoré panujú v detskej duši, seriózne prijímať jeho problémy. Preto pri diskusii bude **chybou**:

- zahanbiť a hrešiť dieťa za jeho zámer. Je nutné rozuzliť záhadu samovraždy, pomôcť pochopiť jej príčiny,
- podceňovať pravdepodobnosť suicídia, dokonca aj keď dieťa svoj zámer hodnotí ľahko navonok. Je nevyhnutné stanoviť stupeň rizika suicídia na základe vyššie uvedených kritérií a škály rizika suicídia,
- správať sa k dieťaťu formálne. Musí pocítiť, že ho berú ako osobnosť a na jeho živote niekomu záleží,
- ponúkať nevhodné útechy, všeobecné slová, banálne riešenia, ktoré neprihliadajú na konkrétnu životnú situáciu,
- nechávať dieťa samé v rizikovej situácii. Keď existuje taká možnosť, je nutné zapojiť príbuzných a blízkych, priateľov, ... atď.
- prehnane kontrolovať a ohraničovať dieťa. Hlavná je priateľská podpora a opora, ktoré mu pomôžu vysporiadať sa so vzniknutými ťažkosťami.

Optimálnou metódou psychologicko-sociálnej pomoci pre deti s rizikom suicídia sa môže stať návšteva skupiny psychologickéj pomoci, kde by mohli hovoriť nie o svojich pochmúrnych zámeroch, ale o tých okolnostiach a problémoch, s ktorými sa nedokážu vysporiadať.

#### **Použitá literatúra:**

Platonová, H. M. a kol. 2006. *Agresia u detej i podroستkov*. Sankt-Peterburg: REČ, 2006. 336 s. ISBN 5-9268-0290-3

Vodáčková, D. a kol. 2002. *Krízová intervence*. Praha: REMEDIUM, 2002. 544 s. ISBN 80-7178-696-9

Tokárová, A a kol. 2007. *Sociálna práca – kapitoly s dejín, teórie a metodiky sociálnej práce*. Prešov: AFPhUP, 2007. 672 s. ISBN 978-80-969419-8-8

Žiaková, E. 2005. *Psychosociálne aspekty sociálnej práce*. Prešov: AFPhUP, 2005. 232 s. ISBN 80-969274-2-6

Koutek, J. 2003. *Sebevražedné chování*. Praha: PORTÁL, 2003. 127 s. ISBN 80-7178-732-9

Buss A. H. 1961. *The psychology of aggression*. New York: JOHN WILLY, 1961