

AGRESE U DĚTÍ A ADOLESCENTŮ

doc. MUDr. Eva Malá, CSc.

Dětská psychiatrická klinika FN Motol, Praha, Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví

Agrese (aggregere = jít proti) je multidimenzionální souborný pojem, který zahrnuje jednoduché formy podráždění a vzteku, přes složité komplexy hostilně agresivního chování až k násilí. Z původního významu slova není předem jasné, s jakými pocity, motivacemi a cílem je agrese jakožto aktivní „vzájemné přibližování“ spojena; zda jde o setkání pozitivní nebo o ničivý útok (Frielingsdorf). Rostoucí násilí ve veřejném i soukromém životě, války, vyvražďování národů se spojují s pojmy agrese, agresivita, násilí a brutalita.

Klíčová slova: definice, přehled faktorů způsobujících agresivní chování, terapie agrese.

AGGRESSION IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Aggression (aggregere = go against) is a multidimensional overall term, which includes simple forms of irritation and anger, through complicated complexes of hostile aggressive behaviour up to violence. „Aggredi“ = „ad gredi“ and it means „to walk“, „to get closer to someone“, „to get into contact“. It is not clear from a primary sense of the word, which feelings, motivations and aim is the aggression, as a „mutual getting closer“, connected with. Whether it is a positive contact or a destructive attack (Frielingsdorf). Growing violence in both public and private life, wars, national slaughters are connected by the word aggression and aggressiveness with violence and brutality.

Key words: definition, overview of aggression – inducing factors, treatment of aggression.

Agresivní chování je bio-psycho-sociální fenomén, který se také odehrává v určitém historicko-spirituálním kontextu a má mnoho faset. Může jít také o agresi ve formě životní energie, spíše s pozitivní konotací, jako asertivní úsilí sloužící k uskutečnění konstruktivních, kreativních tendencí jednotlivců, rodů nebo národů.

Agrese je emocionálně iniciované aktivní chování, které může být zaměřené nebo nezaměřené. Agrese patří k základnímu vybavení člověka, je to přirozená hnací síla, kterou je třeba usměrňovat. Je nepostradatelná pro lidský rozvoj, musí však být integrována do emocionálních, kontextuálních souvislostí lidského života, jinak působí destruktivně (Korffa). Může se projevat otevřeným útokem nebo hostilitou, pasivně negativistickou formou vzteku, emoční podrážděností, sexuálně agresivním chováním anebo nemotivovaným destruktivním chováním.

Intraindividuální výklad agresivního chování předkládá vnitřní psychické příčiny např. frustraci, rozčilení nebo zlost. Agrese vznikající z nesprávné komunikace nebo rozdílné interpretace stejného jednání je dána rozměrem **interpersonálním**. Z hlediska **meziskupinového** jde o útok mezi členy skupiny nebo střety rozdílných skupin.

Výklad agrese je též dán společenskou **ideologií** určující, jaké jednání je dovoleno, nebo žádoucí, čímž je možno agresi a násilí alespoň částečně regulovat.

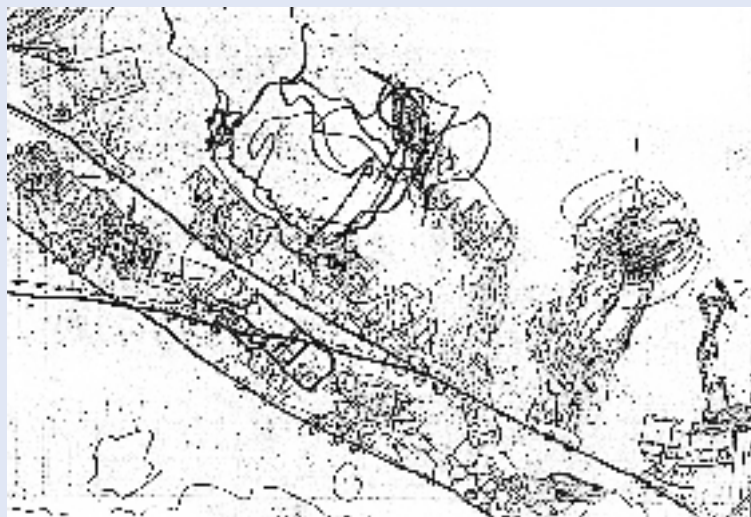
Agresivita je vnitřní tendence reagovat dlouhodobě útočným, hostilním zaměřením s vysokou pohotovostí k agresi. Tato tendence je podmíněna jak zevně, tak vnitřně. Zevní okolnosti jsou výchovné a společenské, vnitřní jsou určité hereditární, temperamentové dispozice, vulnerabilita, organické, eventuálně metabolické změny.

Dle Valzelliho diagramu je zřetelné, že agrese není ani čistě biopsychologicky, ani ryze sociálně podmíněný fenomén. Nejsme agresi ani bezmocně vydáni napospas, ani ji nedokážeme bezesbýtku odstranit vhodnými výchovnými prostředky.

Agrese zaměřená na poškozování a ničení není počátkem, nýbrž následkem určitého procesu. Základem jsou obyčejně hluboká zranění, z nichž se agrese pozvolna vyvíjí. Každé zranění s sebou nese bolest a nemůže-li být z jakýchkoli důvodů přiměřeně vyjádřeno, vzniká **zlost** jako psychická dimenze agrese zaměřené na poškozování. Nemůže-li být zlost vyjádřena, pronikne do hlubších vrstev a vyvolá mj. tělesnou nevolnost, která se obyčejně projeví formou vzteku. Není-li energie obsažená ve vzteku uvedena do pohybu, vzniká **agrese, hledající konkrétní „objekt“**,

na němž by se mohla vybit. Když k tomu nedojde, obrátí se proti samotnému člověku ve formě tzv. **autoagrese**. **Agresivní reakce** je spojena s mechanismy, které se vyvíjely k zajištění přežití v úplně jiné době. Dle etologů původní účelný, pro evoluci nezbytný agresivní instinkt zabezpečující přežití nejschopnějších lidí přebujel a po odpadnutí vnějšího nebezpečí se obrátil proti příslušníkům vlastního druhu. Na rozdíl od zvířat však člověk nemá vrozené zábrany, a proto je schopen kolektivní agrese, která může vést až k jeho vyhlazení. Jak uvádí akademik Charvát: „Dotkne-li se někdo mého společenského statutu, ztratím-li tvář, poruší-li někdo mé teritorium, ať už skutečné nebo symbolické, neznamená to dnes už ani fyzický zápas o život, ani o zdroj výživy, či o udržení rodu.“ Avšak při tomto symbolickém ohrožení poplachové mechanismy, vypracované pro

Obrázek 1. „Jaký bude svět pro ty, co se mi nelíbí, co mne štvou“.



doc. MUDr. Eva Malá, CSc.

Dětská psychiatrická klinika FN Motol, Praha, Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví

e-mail: eva.mala@fmotol.cz

fyzický zápas, fungují jako při boji a vedou ke stejné mobilizaci energetických zdrojů, změnám tlaku krve, zvýšené svalové aktivitě a vyplavování neurotransmiterů. Je to jeden z mechanismů stresového působení moderního života, k němuž přispívá záplava informací, nedostatek soukromí, anebo naopak izolace v anonymním davu, požadavek mladosti, sexuální atraktivnosti, skryté promiskuity, požadavek výkonnosti, akčnosti, neúcta ke stáří, pohrdání moudrostí. Opakované stresy musí nakonec organizmus poškodit. Tento **psychosomatický aspekt** je blízký i psychiatrovi, který se často musí zabývat agresí u svých pacientů. Ve spolupráci s pedagogy, pracovníky správních organizací, s policií a soudy se zabývá **společensky nebezpečnými projevy agrese**. Zde je agrese jednáním, jehož cílem je poškození jiného živého tvora. Tam, kde je agrese jako společenský jev, se může projevat nikoliv přímo, ale oklikou, poškozením majetku, nadávkami, pomluvami, přehlížením, šikanou, diskriminací, rasovým a národnostním útlakem či pasivním odporem (hladovka, demonstrace v sedě...) nebo poškozením sama sebe.

Vondráček rozlišoval 4 stupně. 1. agrese jen v myšlenkách – navenek zcela potlačená 2. verbální agrese 3. agrese proti objektům 4. agrese proti subjektům (zvířatům, lidem)

Agrese i násilí má celou řadu příčin. **Příčiny geneticko-organické**, kde se na agresi podílí určitá hereditární zátěž nebo odchylná funkce mozku, s vytvářením odchylných neuronálních map, jiných propojení např. díky zatížení mozku toxickými látkami v průběhu nitroděložního vývoje. Podrobně viz níže též příčiny **neurologicko-psychologické, vývojové a sociologické**, jako je např. bída, deprivace, rozbitý domov, sexuální zneužívání, kruté trestání, alkohol, drogy, expozice agresivním mediálním programům, počítačovým hrám, snadný přístup ke zbraním, „bezzubá“ legislativa, etnické a rasové násilí.

Faktory geneticko-organické

Agrese redukovaná na biologický fenomén může být provokována stimulací amygdaly, hypothalamu, temporálního laloku, fronto-orbitální a fronto-temporální oblasti. **Amygdala** je párový orgán, který je spojen s hipokampem a s korou. Amygdala zpracovává senzorické informace. Dojde-li k přetnutí spojení mezi amgdalou a korou, objeví se „afektivní slepota“. Dojde ke ztrátě zájmu o lidi. Amygdala je centrum emoční paměti, smyslu pro citový význam události. Je také „bezpečnostní stanice“, zjišťuje, zda podnětem je něco, čeho se bojíme, co nenávidíme, co je nepříjemné atd. Hipokampus si pamatuje prostá fakta, třeba tvář přítele, a amygdala

připomene, že jej máme rádi. Zážitky, kde je vyšší aktivace amygdaly, se nezapomenutelně vryjí do paměti. To znamená, že jde o všechny emočně významné události. Amygdala dozrává velice rychle a v dětském mozku je již skoro tak velká jako v dospělosti, u agresivních jedinců se popisuje **snížení denzity v levé amygdale**.

Organická agrese se projevuje agresivním chováním, které je v přímé souvislosti s prodělaným traumatem, po otravách, nádobech, degenerativních onemocněních, při epilepsii, mentální retardaci, po požití drog atd. Farmakologicky je těžko ovlivnitelná, a to i u psychotických onemocněních, kde jsou agresivní raptury nepredikovatelné.

I když v poslední době vzrůstá agresivita u dívek, přece jen je její výskyt u chlapců mnohem vyšší. **Pohlavní rozdíly** v agresi jsou závislé na hladině hormonů v době intrauterinní, které působí na vývoj hypothalamických center. Predispozice agresivního chování je zjišťována u jedinců, kteří mají sklon k adaptačním problémům. Tak např. u genetické poruchy, u syndromu XYY (super-male) je typická zvýšená dráždivost, která vede k poruchám adaptace a následnému častému agresivnímu chování. Dalším faktorem ovlivňujícím agresi je **testosteron**. Již od 3 let je zjišťována sexuální diferencovaná reakce na určité situace. U chlapců vzrůstá fyzická agrese a agresivní chování. Agresivita u dívek má spíše formu autoagresivního chování (např. sebevražedné pokusy). Dívky hospitalizované pro poruchy chování s agresivitou měly ve více než v 50 % v anamnéze sebevražedný pokus. Adolescenti (chlapci), kteří jsou agresivní k mladším dětem obojího pohlaví, mají v anamnéze záškoláctví, suicidální rozvahy, impulzivitu či hyperkinetickou poruchu. Jsou to nečtenáři (nikoliv dyslektici) se špatnou adaptací, s problematickým vztahem k autoritám a k morálním hodnotám. Je-li kumulace těchto charakteristik, je vysoká pravděpodobnost, že se až v 77 % projeví disociální aktivita. Stále není rozřešena otázka, jakým způsobem se testosteron na agresivitu podílí a jak vysoká hladina vyvolá agresivní chování. Možná, že souvisí pouze se sexuální agresí. V tomto kontextu je diskutována také agrese zjišťovaná u chlapců, kteří byli v dětství léčeni pro kryptorchismus.

Přetrvávání agresivního chování do dospělosti závisí na souhrě biologicko-konstitučních faktorů a sociálně behaviorálních vlivů z prostředí. **Perzistující agrese** se projevuje agresivním chováním ve všech situacích (doma, ve škole, na táboře, mezi vrstevníky). Perzistující agrese se pak stává osobnostním rysem – vede k disharmonickému vývoji a později k specifické poruše osobnosti, kde dle Berkowitze důležitou úlohu hraje úmysl.

Podle **biochemického modelu** agresivitu ovlivňují hladiny neurotransmiterů. **Noradrenalin** zvyšuje agresivitu u zvířat a jeho nedostatek má defenzivní vliv na agresi. Katecholaminy mají přímý vliv na agresivitu i u lidí. **Dopamin** též zvyšuje agresivitu (hlavně heteroagresivní projevy) a jeho snížení koreluje se snížením agresivity. Snížení **serotoninu** vyvolává u části lidí depresivní symptomy, u části agresivní chování. Snížení hladiny kyseliny 5 hydroxyindolové (5 HIOK) se vyskytuje u zvláště agresivně provedených suicidií. Dále větší vliv na výskyt agresivního chování má **prostředí**, než faktory geneticko-biochemické. Etologové zjistili, že u dominantních opic se prokázaly vysoké hladiny 5 HIOK. Soudí se, že dominantní chování působí agonisté serotoninu a je dáváno do vztahu se sociálním statutem a vysokou sociální kompetencí. Snížení 5 HIOK bylo nalezeno u dětí s hyperkinetickým syndromem. U primátů je snížení kyseliny 5 HIOK dáváno do vztahu se sociálním stresem a s malou sociální kompetencí, což by mohlo odpovídat agresivnímu chování nekompetentních hyperkinetických dětí. **Prediktivní hodnota 5 HIOK** spočívá v tom, že její snížená hladina je biologický rizikový faktor agresivního chování adolescentů, delikventního chování dospělých. Též jedinci, kteří měli v anamnéze sebevražedný pokus, měli sníženou hladinu kyseliny indolové. Snížení MAO (monoaminooxýdazy) např. u některých mentálních anorexií vede k autodestruktivnímu (agresivnímu) chování a k impulzivité – což se v klinické praxi projevuje např. sebevražednými pokusy. Jednotlivé faktory jako výška, chromozom Y, zvýšená hladina androgenů, heredita či leze CNS ale **nejsou** tím relevantním a dostačujícím jediným vlivem, který by sám o sobě agresi predisponoval.

Faktory psychologicko-neurologické

Násilí – formou „acting out“ – koreluje u adolescentů s kognitivními defekty. Mozková kúra není nezbytná k vyvolání afektu vzteku a agrese, k soupeření, k opozici, k obraně, ke strachu, k útěkům a k protiagresi. Část CNS, která organizuje výsledný vzorec útočného, agresivního a obranného jednání bez korového propojení je hypothalamus.

Dle Adlera agresivní instinkt pomáhá uspokojovat potřeby jednotlivce a u normálních lidí se vyskytuje v sublimované formě (např. střelba jako koníček), či v podobě zaměstnání (voják, chirurg, policista).

Potlačováním agrese vzniká úzkost. Teorie, které považují agresi za vrozený vzorec chování, mluví o **tzv. naučené = podmíněné agresi**. Frustrační teorie Dollardova Millerova a rozvoj behaviorálních přístupů se staly proti-

váhou k analytickým teoriím. **Frustrace** vyvolává odlišné reakce, z nichž jedna je agrese. Nejvýznamnější prostředek při jejím potlačování je trest. Hostilní a agresivní chování se objevuje tehdy, když uspokojení z něj je větší než trest, a obráceně.

Socializační faktory ovlivňují jak otevřenou, tak skrytou agresi v tom směru, že schvalování otevřené agrese vede k jejímu posilování a trest ke snižování. Pokud je trest však příliš častý nebo nadměrný, zvyšuje potlačovanou agresivitu a ta se pak projevuje nepřímou formou, eventuálně obrácením proti sobě.

Faktory vývojové a sociologické

Dle Shaffera je agrese **rysem vývojové změny**. S tímto faktem se vypořádávají různé teorie. Známý **analytický výklad** agrese v nejjednodušší formě je dán následujícími vývojovými kroky. V druhé polovině roku života se objevuje dentice, dítě je schopné vokalizace a vstupu do orálně sadistického stadia. Další stadium je anální, je charakterizováno agresivitou a touhou ovládat druhé. Do tohoto časového kontextu spadá tzv. období fyziologického negativismu. Souvislost agrese se sexuální zráním dítěte vrcholí v období oidipovského komplexu, který dítě zvládá identifikací s agresorem. Prvky agrese jsou přítomny v obou základních instinktech – života a smrti – lásce a nenávisti. Existence konfliktu mezi láskou a nenávistí způsobuje, že dětský svět je plný násilí, hrůzy a úzkosti z možné destrukce sebe nebo rodičů. Dochází k potenciaci úzkosti versus agrese a naopak. Agresivní rapty označované jako temper tantrum se objevují mezi 2. a 3. rokem při konfliktu s rodiči a při nácviku defekace a dalších sociálních návyků. Po 4. roce je tato forma agrese prakticky nulová, ale stoupá agresivita odvetná i instrumentální. Longitudinální studie Kagana a Mosse – již z roku 1962 – ukazují, že agresivní chování před 3. rokem má malou prediktivní hodnotu, to znamená malou pravděpodobnost kontinuity. Avšak stabilní agrese vůči druhým od 3. roku má velice úzký vztah k depresi a agresivní delikvenci adolescentů. Tyto děti se celé dětství hádají a perou, bojují s druhými, nerespektují autoritu. Čili **agresivita po 3. roce je predikcí pro agresivní chování v adolescenci**. Fals doplňuje, že agrese pouze k matce je proměnlivá v čase a nedá se předvídat. To, že se agresivní výbuchy věkem zmenšují, lze vysvětlit lepší kontrolou afektů u starších dětí a maturací CNS. Věkem se snižuje prudkost emočních reakcí na podněty. Starší dítě používá více obranných mechanismů a zvyšují se agresivní fantazie. Menší děti se daleko snáze dají unést emočně agresivním „drivem“. Není však dokázáno, že by zvýšeně agresivní děti školního věku měly více agresivních fantazií.

Perzistující agrese se projevuje agresivním chováním ve všech situacích (doma, ve škole, na táboře, mezi vrstevníky) a stává se osobnostním rysem vedoucím k disharmonickému, později k psychopatickému vývoji. Disharmonický vývoj osobnosti věkem krystalizuje do specifických poruch osobnosti (nejčastěji do dissociální nebo emočně nestabilní poruchy osobnosti).

Agrese dle Berkowitze je akce, ve které je úmyslně způsobeno zlo, škoda, ublížení druhým, ať psychologické nebo fyzické povahy. **Úmysl je zde nezbytný**. Chlapci jsou během dětství a adolescence agresivnější. U dítěte vznikne agresivní chování velice snadno, je-li přítomen stav **zvýšeného „nabuzení“ (arousalu)**, který může být způsoben třeba filmem v TV nebo jiným mediálním násilím. Je jednoznačně prokázáno, že mediální násilí zvyšuje agresivitu, dokonce dlouhodobě, a to u obou pohlaví bez rozdílu.

Nejčastější výskyt agrese je:

- u dětí se sníženým IQ
- u dětí s hostilními a narušenými vztahy k rodičům

Těžce vychovatelné děti – s tzv. „difficult temperamentem“ nejsou posilovány v učení alternativních modelů zvládnání agrese nebo vyjádření agrese jinou cestou a získávají zkušenost, že agresivní chování buď bylo úspěšné, nebo že mu byla přinejmenším věnována pozornost. Agresivní dítě je na počátku s někým nebo s něčím silně nespokojené. Zjednodušeně lze říct, že je nespokojené samo se sebou, tento problém musí řešit dospělí. Měli by pomoci dítěti řešit situace, aby neuvízlo v agresivním rozpoložení, které vede k násilí.

Terapie agresivního chování

Terapie je vždy komplexní, složité a často dlouhodobá. Akutní rapty lze farmakologicky dobře ovlivnit, ale změna agresivních postojů a činů je dlouhodobá a její těžiště je daleko více v interpersonálním kontaktu a sociálních vztazích než ve farmakoterapii.

Preventivní terapie

Jde o preventivní výchovu rodičů ještě před tím, než se dítě narodí. Teoretické vysvětlování otázky trestů, nutnosti frustrace, řádu, důslednosti.

Rodinná terapie

Rodina – za pomoci terapeuta – se učí znovu nastolovat základní pravidla jasně a jednoduché komunikace. Probírají se otázky kontraktů, dohod, vzájemných ústupků, určují se krátkodobé nejdůležitější cíle, ovlivňují se patologické koalice, pracuje se podpůrně.

Kognitivně-behaviorální terapie

V posledních 15 letech je na celém světě uznávána – v kombinaci s farmakoterapií – za neefektivnější přístup v terapii agrese, ale nejen jí. U 12–15 letých je velmi vhodný skupinový nácvik sociálních dovedností. Nacvičují se nové aktivity a dovednosti, nové motorické vzorce zručnosti, sportovní a bojové sebeobrané aktivity („bojová umění Dálného východu“). Často je nesprávná námitka – obavy z potenciace agrese – naopak, agrese se tím dostává pod kontrolu. Za klíčový se považuje fakt, že je zde k dispozici energie, kterou je třeba zvládnout. Nevyužitá energie se hromadí, „chytá“ se zástupných objektů (vandalismus) nebo subjektů (násilnictví).

Solving programy jsou směřovány na individuální hledání takové změny nebo aktivity, která „rozpuští“ agresivní chování. Je to velice úspěšná metoda, ale jen tam, kde dítě nebo adolescent jsou ke změně motivováni.

Agresivní chování mizí při trvalém přísunu kladných podnětů. Zevní stimulace, patřící do oblasti **reflexní terapie**, aktivuje spojení motorického kortexu s částí limbického systému, a tzv. oblastí blaha (**pleasure area**). Pozitivní stimulací arousal systému – propojením do kortexu, a do limbických struktur a znovu do kortexu – vzniká recirkulace Freudem již dávno popsaného principu slasti. Stimulací principu slasti by se mělo postupně vytlačovat agresivní i sebezraňující, nežádoucí chování.

Farmakoterapie

Klinik si musí uvědomit, že jen určitá malá složka zapříčínující agresivní chování je farmakologicky ovlivnitelná.

A) při akutních raptech

Jak u dětí, tak adolescentů jsou stále ještě doporučována tricyklická neuroleptika a butyrofenony: na př. Tisercin 1 ml á 25 mg i.m., Haloperidol 1 ml á 5 mg i.m.

U úzkostných adolescentů je velmi účinný Cisordinol acutard 1 ml á 50 mg i.m. Má rychlý účinek, nepatrné vedlejší účinky a velmi dobrou tkáňovou toleranci. Proto je vhodný i k depotní léčbě jako Cisordinol depot 1 ml á 200 mg i.m.

U jedinců, kde víme, že je hypersynchronizace na EEG nebo organické změny, je vhodné přidat nebo přímo začít antiepileptiky benzodiazepinového typu: Apaurin, Diazepam, Seduxen 2 ml á 100 mg (všechny) i.m. nebo Stesolid rectal tube 2,5 ml/10 ml u menších dětí.

U malých dětí je místo „chemické kazajky“ vhodná vteřinová až minutová svěrací kazajka ve smyslu fyzické imobilizace – buď sevření dospělého (vždy odvrácený obličej) nebo prostorové oddělení.

B. déledobější ovlivnění agresivního a hostilního chování

Pro terapii je důležitá etiologie nebo alespoň odhad, zda převažuje faktor biologický, genetický, organický nebo zevní – z prostředí.

V případě většího podílu geneticko – biologického je snaha po farmakologickém ovlivnění. Z atypických neuroleptik je používán klozapin, risperidon, olanzapin.

Klozapin (Leponex) je podáván již od roku 1970 jako velmi účinné antiagresivní neuroleptikum, které zmírňuje až v 85 % agresivitu, impulzivitu a úzkost. Též zlepšuje insomni, zmírňuje hyperaktivitu, expanzivní náladu a nespoupráci. (Poznámka: klozapin se nesmí kombinovat s léky tlumícími kostní dřeň, např. karbamazepinem). Dávka se pohybuje od 50 do 300 mg/24 hod.

Olanzapin (Zyprexa) se podává v dávce od 1 do 15 mg/24 hod. Optimální dávka je u adolescentů kolem 5 mg. Oba preparáty byly účinnější než Haloperidol.

Risperidon (Risperdal, Risperen) působí dobře na agresi a hostilitu v dávce 1–2 mg/24 hod. Nezhoršuje kognitivní funkce, dokonce bylo popsáno, že zlepšuje kognitivní a snad i paměťové funkce. Je možná kombinace s lithiumem.

Tiaprid (Tiapridal, Tiapra) – u dětí je úspěšné jeho podávání u tikové poruchy. Tlumí hyperaktivitu, pozitivně ovlivňuje poslušnost a nekonfliktnost. Dávka se pohybuje od 50–200 mg/24 hod.

Z antidepresiv typu SSRI se u dětí a adolescentů – hlavně v indikaci sebezraňujícího chování – zkoušejí v adekvátní a spíše nižší dávce hlavně **sertralin (Zoloft)** 50 a 100 mg, který ze všech SSRI nejvíce působí na impulzivitu. Dále **citalopram (Seropram, Cipralex, Citalec)** 10 a 20 mg cps, inj. 1 ml á 40 mg, inj 0,5 ml á 20 mg.

SSRI zlepšují vigilitu a přitom minimálně ovlivňují kognitivní funkce. Serotonin je typickým modulátorem, který snižuje impulzivitu, agresi a úzkost, zlepšuje spánek, ovlivňuje nutkavost, hraje úlohu při poruchách příjmu potravy a sexuálních poruchách.

Z **anxiolytik** se používá **clonazepam (Rivotril)**, benzodiazepinové antiepileptikum v dávce 1–6 mg/24 hod., který u části dětí může naopak vést ke zvýšení hyperaktivity, impulzivity a k desinhibičním projevům v chování.

Buspiron (Anxiron) je anxiolytikem, jehož účinek je dán interakcí GABY a antisero-toninergního vlivu. Zvyšuje arousal čili nemá sedativní efekt. Dávka se pohybuje od 0,2 do 0,6 mg/kg/24 hod. a má být rozdělena a podána 2x denně. Má velmi dobrý efekt i u sebezraňujícího chování, ale je nutné upozornit, že se u dětí teprve zkouší.

Karbamazepin (Biston, Tegretol, Finlepsin, Neurotop, Timonil) – byl zpočátku užíván pro svůj antidolorózní účinek jako lék indikovaný při neuralgii trigeminu. Později si neurologové všimli jeho antiepileptického účinku a specifického pozitivního efektu při ovlivňování epileptických povahových změn. Teprve v 80. letech se začíná užívat v psychiatrii jako thymoprotektivum – lék, který moduluje afektivitu u bipolární afektivní poruchy. Karbamazepin se podává v dávce 15–60 mg/kg/24 hod., sérová hladina je 5–10 mg/l. Vzácně se může objevit paradoxní reakce – zvýšení agresivity. Je možné jej zkusit už u mladších školáků 1–2 tbl. (1 tbl. á 200 mg) večer, zvláště tam, kde je na EEG určitý nespecifický nálezh nezarlosti s hypersynchronizací.

Valproat (Everiden, Convulex, Depamide) má také antiagresivní efekt (mimo antiagitačního a sedativního). Je to další antiepileptikum, které si získává oblibu u agresivních a manických stavů. Podání valproatu vede ke zvýšení hladiny gamaaminomáselné kyseliny (GABY) v mozku díky inhibici GABA-transaminázy. Dávka se pohybuje od 15 do 60 mg/kg a terapeutická antiepileptická hladina je 55–100 mg/l.

Lamotrigin a gabapentin, i když jsou účinné – podle několika kazuistik, nemohou být zodpovědně doporučeny k léčbě agresivity u dětí.

Klasická antiepileptika jsou však s úspěchem podávána ke snížení hyperarousalu, vymizení poruch spánku a zejména k vymizení agresivity, explozivity, impulzivity a afektivních raptů (symptomy tzv. dyskontrol syndromu).

Lithium se s dosti dobrým výsledkem podává u periodicky se vyskytující agrese adolescentů. Nutná je kontrola renálních funkcí a lithemie, která může být při dobrém terapeutickém účinku nižší než u dospělých 0,4–0,6 nmol/l. Při podávání lithia je vhodné spolupracovat se specializovaným pracovištěm – pro jeho mnohá rizika.

Beta-adrenergní blokátory

Impulzivita, hyperarousal a hyperaktivita jsou příznivě ovlivněny podáním α_2 -adrenergního agonisty **clonidinu** (Catapresan) u dětí v kapkové formě nebo **guanfacinu** (Estulic) a β -adrenergního antagonisty propranololu (Trimepranol).

Clonidin byl podáván v dávce 0,05–0,1 mg 2x denně. V Riggsově studii byl podán předškolním dětem ve formě transdermálních náplastí (0,05 mg). Došlo k výrazné úpravě spánku, vymizení nočních děsů, agresivity a hyperarousalu. Farmaka byla podávána 3–4 týdny. Clonidin zlepšoval náladu, anxieta, koncentraci pozornosti a impulzivitu. Guanfacin byl sedmiletému chlapci nasazen v dávce 0,5 mg/24 hodin. Terapeutický účinek byl jednoznačný. Po této zkušenosti byl podáván 5 týdnů 11 agresivním zneužívaným a týraným dětem (průměrný věk 8 roků). U 8 dětí vedl k výraznému zlepšení.

Propranol (Trimepranol) je v psychiatrii používán hlavně jako anxiolytikum, ale také u agresivních dětí a adolescentů, kde snižuje jak auto, tak heteroagresivitu. Dokonce je popisována redukce afektivních výbuchů, verbální agrese a zvýšení frustrační tolerance. Začíná se dávkou 10–20 mg/24 hod. a postupně se stoupá do 40 mg, což je mnohem nižší efektivní dávka, než je popisována u dospělých (520 mg/24 hod.). Pokles krevního tlaku a bradykardie jsou obvyklé.

Závěrem

Člověk je svobodný, rozumem obdařený jednotlivec. Zároveň je vztahový, tzn. že ve světě rozmanitými způsoby vázán vztahy k druhým. Ve vymezující dialogičnosti – rozhodnutí a odporu – vzniká podle Griesbacha „specificky lidské silové pole, z něhož vyrůstá všechno podstatné sebeuskutečňování člověka, všechna opravdová sociabilita a vlastní mravnost“. V křesťanském smyslu je agrese vnímána jako životní energie vytvářející vztahy. Člověk má svobodnou vůli ji užít nebo zneužít. Nejde tedy o to agresi zlikvidovat, ale ovládnout a využít k prospěchu svému i druhých.

Literatura u autorky