

Avtoagresivno vedenje pri mladostnikih*

Martina Tomori**

UVOD

1. Problematika avtoagresivnega vedenja v adolescenci

V adolescentnem obdobju se v različnih akutnih oblikah razžarijo mnoga psihopatološka dogajanja, ki se prikrito razvijajo že iz otroštva. Hkrati pa je to življenjska doba, v kateri se zastavijo marsikateri oblike duševnih motenj, ki dobe polni zamah šele v odraslem obdobju.

Avtoagresivno vedenje v vseh svojih številnih izrazih in intenzivnostih je v adolescenci eden najbolj delikatnih pojavov, ki vzbujajo pri strokovnjakih največ diagnostičnih in terapevtskih dilem, pri mladostniku in njegovih bližnjih pa kopiči mnoge čustvene napetosti. Avtoagresivno vedenje adolescentov se preliva po križišču razvojnih poti in izhaja na eni strani iz normalnih, zoritvenih stisk, po drugi strani pa se izgublja v jasno psihopatologijo nevroz in celo endogenih psihotičnih procesov. Hkrati se v problem avtoagresivnega vedenja, ki služi v enaki meri kot sredstvo za sprostitvev čustvene napetosti in kot orodje za obvladovanje okolja.

Problema avtoagresivnosti ne moremo vrednotiti v vseh njegovih razsežnostih, če poleg individualnih, osebnostnih silnic, ki ga sprožijo, ne upoštevamo tudi zunanjih vplivov, ki — če ga že ne izzovejo — marsikdaj izrazito spodbujajo njegov razvoj. Pri tem mislimo predvsem na dejavnike vzgoje, ki so s svojimi sporočili, spodbudami in zavorami v vsaki kulturi značilni in odločajo tudi o tem, v katero smer se bo naravnala človekova agresivnost. Vpliv družine, vzdušje, v katerem otrok odrašča, modeli, po katerih razrešuje svoje probleme, vse to ima v razvoju osebnosti pomembno vlogo, katere narave in usodnosti vse doslej še nismo dovolj poglobljeno raziskali.

Avtoagresivnost ima v adolescenci lahko zelo različne oblike. Težnja po razreševanju notranjih in zunanjih konfliktov prek nasilja nad samim seboj se lahko izrazi na več načinov: vedenje, ki prinaša tveganje (nevarni športi, nevar-

no preizkušanje lastnih moči in sposobnosti . . .), nagnjenost k nesrečam, zatekanje v bolezen ali neupoštevanje zahtev zdravljenja v primeru resne bolezni, eksperimentiranje z drogo do razvoja prave odvisnosti od drog, samopoškodbeno dejanje, poskusi samomora do dejansko izvršenega samomorilnega akta — vse to so lahko točke na široki avtoagresivnih skali dogajanj, ki v adolescenci nikakor niso redka.

Adolescentno obdobje že samo po sebi prinaša vrsto obremenitvenih vplivov, ki avtoagresivno vedenje še spodbujajo: ideološke preokupacije z vprašanjem bivanja, življenja in smrti, težja obvladljivost močnih in nepredvidljivih afektov in čustvenih viharjev, impulzivnost, ki čisto zmanjša sposobnost za predvidevanje posledic takih dejanj, slabša realitetna kontrola, večje zahteve okolja, lastna in tuja pričakovanja na polju uspešnosti in storilnosti — vsi ti pritiski so neredko močnejši od mladostnikovih obrambnih moči in njegovih sposobnosti, da bi nanje odgovarjal konstruktivno, sproščeno in zadovoljujoče.

Med oblikami avtoagresivnega vedenja sta uživanje drog in suicidalnost pri slovenskih mladostnikih še posebno izstopajoči. Oba problema sta pomembna tako s socialnega kot s kliničnega stališča, širita se in zavzemata vedno večji obseg tudi pri vseh mlajših adolescentih. Od razumevanja vseh etioloških dejavnikov, ki se prepletajo pri obeh pojavih, in od poznavanja psihodinamike, ki jima je skupna, a ju tudi ločuje, je odvisno usmerjanje terapije in načrtovanje preventivne avtoagresivnega vedenja pri mladih.

Psihodinamika obeh oblik avtoagresivnega vedenja — toksikomanije in suicidalnosti — ima pri adolescentih več povezav in skupnih točk. Avtoagresivne elemente v zlorabi drog in vedenju, povezanemu s tem ugotavljajo številni avtorji (Noble 1970; Wurmser, 1972; Frederick, 1972, 1973). Da je uživanje drog ena od oblik samouničevalnega vedenja tudi pri odraslih ljudeh, ugotavljajo drugi (Milčinski 1970; Talkington, 1972). Mnogi raziskovalci opozarjajo na pogostost poskusa samomora pri mladih toksikomanih (Pierce-James, 1967; Plant, 1976; Žmuc-Tomori, 1979).

Kolikor pa je med obema pojavoma povezav, toliko najdemo tudi razlik, katerih pomen in značilnosti je v razumevanju širše problematike avtoagresivnega vedenja pri mladih prav tako nujno poznati in upoštevati.

* Uvodna študija za raziskavo avtoagresivnega vedenja pri slovenskih mladostnikih, izdelana v letu 1981 na Oddelku za mladostnike Centra za mentalno zdravje.

** Doktorica znanosti, docentka, vodja psihiatrične službe za mladostnike, Center za mentalno zdravje, Univ. psihiatrične klinike.

2. Delovne hipoteze

Tako zloraba droge kot preizkušanje možnosti samouničevanja sta za odrasle ljudi naše kulture dve skrajno delikatni in po svoje tabuirani vprašanji, zato je z njima povezanih mnogo splošenih in često zmotnih predstav in celo strokovnih mnenj. Tako je v predstavi o mladem toksikomanu prisotno prepričanje izkrivljenosti, drznosti in gotovosti vase. To hkrati budi v ljudeh odpor in odklonilna stališča, ki ne motijo le terapevtskega, ampak tudi rehabilitacijski proces. Po drugi strani pa v splošnem mnenju ljudi vlada stališče, da so vsi mladi suicidanti bodisi skrajno nesrečni in potrti, nesprejeti in neljubljeni, bodisi manipulatorji, ki z grožnjo nasilja nad samim seboj drže v šahu svoje okolje.

V naši klinični praksi smo doslej zbrali mnogo vtisov, ki teh splošnih predstav ne potrjujejo. Te vtise se nam je zdelo potrebno preveriti in objektivizirati. Naše delovne hipoteze so bile naslednje:

a) Pri nastanku in razvoju vsake manifestacije psihopatološkega dogajanja — pa tudi avtoagresivnega dejanja katerekoli oblike — je odločilen seštevek psihodinamskih (osebnostnih in družinskih) dejavnikov, konstitucijskih značilnosti in zunanjih obremenitev.

b) Zloraba droge in suicidalno vedenje imata več skupnih patogenetskih značilnosti, vendar ju v celoti in v vseh primerih ne smemo enačiti.

c) Nekatere osebne lastnosti mladih toksikomanov in suicidantov so si podobne in izstopajo v osebnotnem profilu obeh populacij.

d) Tako v eni kot v drugi skupini mladostnikov je del takih, pri katerih dejanja, ki jih sicer v splošnem ocenjujemo kot avtoagresivna (zloraba droge, samopoškodbeno dejanje), ne temeljijo na močno izraženi ali celo že strukturirani psihopatološki osnovi.

e) Nekatere posebno močno izražene osebne lastnosti so v smislu razvoja avtoagresivnega vedenja bolj pomembne. Te lastnosti povečujejo tveganje v tej smeri in zahtevajo zadostno diagnostično in terapevtsko pozornost.

Te hipoteze smo v tem delu raziskave poizkušali preveriti — z oceno družinske problematike oziroma psihopatologije (ki po svoje označi pogoje odraščanja in osebnotnega zorenja), — ovrednotenjem možnosti in pogostosti organske cerebralne oškodovanosti (ki vpliva na obvladljivost čustvovanja in impulzivnost reakcij) ter —

s študijo osebnostnih lastnosti mladostnikov, ki svojo problematiko razrešujejo in izkazujejo s to ali ono obliko avtoagresivnega vedenja.

DELOVNE METODE

1. Subjekti raziskave

V raziskavo smo vključili 150 mladostnikov v starosti od 14 do 20 let, ki so se v letih 1975 do 1980 zdravili na Oddelku za mladostnike Centra za mentalno zdravje zaradi problematike, povezane z avtoagresivnim vedenjem. Razdelili smo jih v tri skupine, od katerih vsaka šteje 50 mladostnikov:

1. skupina toksikomanov (v nadaljnjem skupina T), v kateri je 31 fantov in 19 deklet,

2. skupina toksikomanov, ki so že enkrat ali večkrat poskušali napraviti samomor (v nadaljnjem skupina TS), v kateri je 26 fantov in 24 deklet in

3. skupina mladostnikov, ki so že enkrat ali večkrat poskušali napraviti samomor, drog pa ne uživajo (v nadaljnjem skupina S), v kateri je 19 fantov in 31 deklet.

Kot poskus samomora smo v pričujoči raziskavi ovrednotili akutno avtoagresivno dejanje, ki ga je sam mladostnik opisal kot suicidalno dejanje in je imelo tako zanj kot za njegovo okolje tudi tak pomen. V vseh treh skupinah je 76 fantov in 74 deklet. V kontrolno skupino smo vključili 300 dijakov iz raznih srednjih šol v Sloveniji. V kontrolni skupini je 150 fantov in 150 deklet v starosti od 15 do 20 let.

2. Viri podatkov za raziskavo

a) Rezultati psihometričnih preiskav

Podatke, ki smo jih vključili v raziskavo, smo zbrali s pomočjo različnih psihometričnih instrumentov. Za oceno intelektualnih sposobnosti smo uporabili test Wechsler-Bellvue II. Za oceno socialnega stika nam je služil Rorschachov preizkus. Psihomotorično koordinacijo oziroma ocenno morebitnih organskih cerebralnih motenj smo ovrednotili s pomočjo testa po L. Benderjevi.

b) Vprašalnik za kontrolno skupino

Vprašalnik smo sestavili tako, da vsebuje 26 vprašanj z vrsto možnih odgovorov. Splošna vprašanja se nanašajo na mladostnika, njegove

starše in družino, posebej usmerjena vprašanja so povezana s problemom samomora in uživanja drog, na njegove izkušnje, stališča in znanje o teh pojavih. Vprašalnik je anonimen; srednješolci so ga izpolnjevali v razredu, v prisotnosti in ob navodilih šolskega psihologa, oziroma nosilca raziskave. Sodelovanje je bilo prostovoljno, z namenom raziskave so bili vsi pred izpolnjevanjem seznanjeni.

REZULTATI

1. Družinska problematika

a) Struktura družine

Struktura družine, v kateri živijo mladostniki iz skupin T, TS in S ter mladostniki iz kontrolne skupine. Podatki so izraženi v odstotkih od vseh mladostnikov v posamezni skupini.

Tabela 1

Struktura družine	N = 50 T	N = 50 TS	N = 50 S	N = 390 kontrola
Popolna družina	64	54	74	88
Starša razvezana	18	24	14	8
Oče umrl	12	6	6	2
Mati umrla	2	2	2	1
Oba starša umrla	0	0	0	0
Je nezakonski	4	14	4	1
Ni podatkov	—	—	—	—
	100	100	100	100

Razlika v odstotku nepopolnih družin (starša sta razvezana, eden od staršev je umrl, mladostnik je nezakonski) med kontrolno skupino in skupino T je statistično pomembna na ravni verjetnosti 0,001 ($t = 4,4$), med kontrolno in skupino TS prav tako na isti verjetnosti ravni ($t = 5,9$), med kontrolno in skupino S pa na ravni verjetnosti 0,01 ($t = 2,8$).

b) Duševne motnje pri starših

Duševne motnje pri očetu mladostnikov iz raziskovalnih skupin. Podatki so izraženi v odstotkih od vseh mladostnikov v posamezni skupini.

Tabela 2

Duševne motnje pri očetu	T	TS	S
Brez znanih duševnih motenj	48	32	50
Kaže znake duševnih motenj, a se ne zdravi	2	4	4
Se zdravi zaradi duševnih motenj	2	4	4
Je alkoholik, a se ne zdravi	30	40	30
Je alkoholik, se zdravi	10	14	6
neznano	8	6	6
	100	100	100

Razlike med skupinami v pogostosti duševnih motenj pri očetu niso statistično pomembne.

Duševne motnje pri materi mladostnikov iz raziskovalnih skupin. Podatki so izraženi v odstotkih od vseh mladostnikov v posamezni skupini.

Tabela 3

Duševne motnje pri materi	T	TS	S
Brez znanih duševnih motenj	82	68	78
Kaže znake duševnih motenj, a se ne zdravi	2	6	2
Se zdravi zaradi duševnih motenj	8	6	12
Je alkoholičarka ali tabletomanka, a se ne zdravi	6	10	6
Je alkoholičarka ali tabletomanka, a se zdravi	2	10	0
Neznano	—	—	2
	100	100	100

Razlike med skupinami v pogostosti duševnih motenj pri materah niso statistično pomembne.

Podatke, da je struktura družine popolna, ob tem pa niti pri očetu, niti pri materi ni znanih duševnih motenj (vključno odvisnosti od alkohola oziroma od tablet) smo dobili pri 24 % mladostnikov iz skupine T, pri 14 % mladostnikov iz skupine TS in pri 34 % mladostnikov iz skupine S. Statistično pomembna je razlika med skupinama TS in S, in sicer na ravni verjetnosti 0,01 ($t = 2,3$).

V kontrolni skupini smo zbrali le podatke o boleznih odvisnosti pri starših. Mladostniki iz te skupine so navajali alkoholizem pri očetu v 1,3 % primerov, po njihovih podatkih zasvojenosti pri materah v tej skupini ni. Ti podatki iz znanih razlogov niso objektivni, zato jih s prejšnjimi nismo primerjali.

2. Organska cerebralna oškodovanost

Možnost organske cerebralne oškodovanosti smo ugotavljali s pomočjo EEG in z rezultati psihometričnih testov, ki ocenjujejo koordinacijo funkcioniranja osrednjega živčnega sistema.

EEG izvid pri mladostnikih iz raziskovalnih skupin.

Podatki so izraženi v odstotkih od vseh mladostnikov v posamezni skupini.

Tabela 4

EEG izvid	T	TS	S
Normalen	58	68	56
Generalizirano lahko abnormen	22	18	18
Fokalno abnormen	8	8	8
Generalizirano izrazito abnormen	2	0	4
Neznano	10	6	14
	100	100	100

Razlike med skupinami v odstotku normalnih EEG izvidov statistično niso pomembne.

Izvidi psihometričnih preiskav o motnjah v koordinaciji psihomotoričnih funkcij pri mladostnikih iz raziskovalnih skupin. Podatki so izraženi v odstotkih od vseh mladostnikov v posamezni skupini.

Tabela 5

Izvidi psihometričnih preiskav	T	TS	S
Ni motenj koordinacije	36	28	28
Nakazane motnje	34	38	32
Izrazite motnje	4	12	6
Neznano	26	22	34

Razlike med skupinami v odstotku izvidov brez ugotovljenih motenj statistično niso pomembne.

3. Intelektivne sposobnosti in osebnostne značilnosti

a) Intelektivne sposobnosti

Raven ugotovljenih intelektualnih sposobnosti pri mladostnikih v raziskovalnih skupinah. Podatki so izraženi v odstotkih od vseh mladostnikov v posamezni skupini.

Tabela 6

Intelektivne sposobnosti	T	TS	S
Mejne in podpovprečne	16	18	6
Povprečne	52	54	66
Nadpovprečne in visoko nadpovprečne	26	22	28
Neznano	6	6	—
	100	100	100

Diagram 1. Intelektivne sposobnosti mladostnikov v posamezni skupini.

b) Osebnostne značilnosti

Socialni stik

S preizkusom po Rorschachu smo ugotovili motnje v socialnem stiku (oslabljen socialni stik, moten socialni stik in težave pri vzpostavljanju socialnega stika) pri 48 % mladostnikov iz skupine T, pri 56 % mladostnikov iz skupine TS in pri 56 % mladostnikov iz skupine S. Razlike med skupinami statistično niso pomembne.

Odstotek mladostnikov iz skupin T, TS in S ter iz kontrolne skupine, ki so pri posameznih osebnostnih lastnostih izkazali skrajne skore.

Skrajna skora na skali **depresivnosti in nesigurnosti** (skora 8 ali 9) je izkazalo 80 % mladostnikov iz skupine TS, 64 % mladostnikov iz skupine S in 36 % iz skupine T. Razlika med skupinama TS in S statistično ni pomembna, prepričljivo pa je statistično pomembna razlika med skupinama TS in T na ravni verjetnosti 0,001 ($t = 4,5$). Na ravni verjetnosti 0,01 ($t = 2,8$) je

Tabela 7

Opredelitev lastnosti	Skrajne vrednosti	T	TS	S	Kontrolna sk.
FPI-3 depresivnost, nesigurnost — nedepresivnost, sigurnost	8 ali 9	36	80	64	23
FPI-5 družabnost — nedružabnost	1 ali 2	10	30	24	6
FPI-6 odločnost-neodločnost	1 ali 2	10	32	46	7
FPI-11 emocionalna labilnost — stabilnost	8 ali 9	44	62	50	21
FPI-12 moškost — ženskost	1 ali 2	20	44	44	9

statistično pomembna tudi razlika med skupinama T in S.

Odstotek mladotnikov, ki so na skali depresivnosti dosegli skrajno visoke rezultate, se v vseh raziskovalnih skupinah (T, TS in S) pomembno razlikujejo od tega odstotka v kontrolni skupini.

Na skali družabnosti je doseglo skrajno nizke rezultate največ mladotnikov iz skupine TS. Med to skupino in skupino S ni statistično pomembne razlike, pač pa se skupina TS pomembno razlikuje od skupine T na ravni verjetnosti 0,01 ($t = 2,5$). Skupini T in S se ne razlikujeta pomembno. Od kontrolne skupine se statistično pomembno razlikujeta skupina S na ravni verjetnosti 0,01 ($t = 2,9$) in skupina TS na ravni verjetnosti 0,001 ($t = 3,6$). Od kontrolne skupine se le skupina T ne razlikuje pomembno.

Na skali odločnosti so dosegli največ skrajno nizkih rezultatov mladotniki iz skupine S. Neodločnost pri mladotnikih iz te skupine je statistično pomembno pogostejša kot pri skupini T (na ravni verjetnosti 0,001; $t = 4,0$). Razlika med skupinama S in TS ni statistično pomembna. Pač pa se pomembno razlikuje odstotek skrajno nizkih vrednosti med skupinama T in TS (na ravni verjetnosti 0,01; $t = 2,8$). Od kontrolne skupine pomembno odstopata skupini TS in S, skupina T pa ne.

Na skali emocionalne labilnosti so dosegli največ skrajno visokih rezultatov mladotniki iz skupine TS, vendar ne statistično pomembno več kot mladotniki iz skupine T in S. Tudi skupini T in S se med seboj ne razlikujeta pomembno. Pač pa se vse tri skupine statistično pomembno razlikujejo od kontrolne skupine (skupina T na ravni verjetnosti 0,01; $t = 3,1$).

Na skali moškosti je v skupinah TS in S dosegel skrajno nizke rezultate enak odstotek mladotnikov. Ta odstotek se pomembno razlikuje od skupine T na ravni verjetnosti 0,01; $t = 2,3$

in od kontrolne skupine (na ravni verjetnosti 0,001; $t = 5,0$). Od kontrolne skupine se na tej skali ne razlikuje le skupina T.

RAZPRAVA Z INTERPRETACIJO REZULTATOV

1. Družinska problematika

Psihodinamika in patogeneza avtoagresivnega vedenja pri mladotnikih je tesno povezana z dogajanjem v družini, v kateri je odraščal mladotnik. Pomen odnosov z najbližnjimi osebami iz družinskega okolja se ne odraža le na emocionalnih potencialih in načinih izražanja mladotnikovih čustev, temveč se odločno kaže tudi na ravni njegovega samospoštovanja in samovrednotenja, na njegovi gotovosti vase in na bazičnem zaupanju, ki ga goji do sveta. Razen tega pa dobiva otrok in kasneje mladotnik v okviru svoje družine prve in najpomembnejše modele za razreševanje problemov in za sproščanje svoje agresivnosti. V zdravi, čustveno zadovoljujoči družini, ki daje dovolj neposrednih spodbud in posrednih zgledov za konstruktivno, podjetno in ustrezno udejstvovanje, z vprašanjem agresivnosti običajno pri mladotniku ni veliko problemov. V družini, ki je za te spodbude osiromašena ali pa jih otroku ni sposobna posredovati iz različnih razlogov, pa se sicer naravna otrokova agresivnost (ob drugih v tem smislu izvirajočih dejavnikih) lahko obrne navzven v destruktivnost, nasilnost in krutost, ali pa navznoter, v avtoagresivnost te ali one oblike.

V vseh skupinah mladotnikov, vključenih v našo raziskavo, smo ugotovili pomemben delež neugodnih družinskih razmer, ki imajo brez dvoma važno vlogo v razvoju problematike, skrite za avtoagresivnim vedenjem. Velik je že odstotek nepopolnih družin, v katerih običajno ni pravih modelov za razvoj vseh lastnosti, ki obli-

kujejo mladostnikovo duševnost. Tudi v mnogih primerih, kjer je družina sicer formalno popolna, lahko govorimo o razdrtem domu (z vsemi posledicami, ki ga ta ima na dogajanje in medsebojne odnose družinskih članov). Posebno izstopa v teh družinah pogostost očetovega alkoholizma. Vpliv le-tega na razvoj psihopatološke problematike pri mladostnikih smo obravnavali že v raziskavi značilnosti mladih slovenskih toksikomanov (Žmuc-Tomori, 1979). Ugotavljali smo, da vloga matere v družini, kjer je oče alkoholik (ali pa neustrezen vzgojitelj iz drugih razlogov), često ne more biti ustrezna, saj mati zaradi lastnih emocionalnih tenzij prav lahko spodbuja pri otroku negotovost vase, nagnjenje k obupavanju, izmikljanju in tudi k različnim oblikam samokaznovanja.

Od vseh raziskovalnih skupin v naši študiji je imelo najmanj mladostnikov vsaj optimalne razvojne pogoje v družini, v skupini TS, pri kateri je »kronično« avtoagresivno vedenje (toksikomanija) kulminiralo tudi v akutnih suicidalnih dejanjih. Tako suicidalni poskusi kot zloraba drog se prav pri mladostnikih iz te skupine vežeta na resnejšo in nasploh obsežnejšo psihopatološko problematiko.

Podatki o družinski problematiki so potrdili pomen družine pri razvoju avtoagresivnega vedenja mladostnikov. Smiselno in vsebinsko pa se povezujejo tudi z drugimi ugotovitvami te raziskave (npr. z osebnostnimi značilnostmi).

2. Organska cerebralna oškodovanost

Mnoge konstitucijske lastnosti, med njimi koordiniranost delovanja osrednjega živčevja, lahko patogeno ali pa tudi patoplastično vplivajo na različne psihopatološke manifestacije.

Značilnosti duševnega funkcioniranja (še posebno ob večjih zunanjih in notranjih obremenitvah), kot so impulzivnost, razburljivost in težka obvladljivost afektov, so pri mladih ljudeh večkrat povezani z vsaj nespecifično organsko cerebralno oškodovanostjo katerekoli geneze. Tak mladostnik je običajno še večkrat v konfliktu s svojim okoljem, neprilagodljiv je, zato težje razvija zadovoljujoče čustvene odnose, pogosto je izoliran in goji čustva nezadovoljstva s svetom in s samim seboj.

Izvidi EEG in psihometričnih preiskav so bili pri vseh mladostnikih iz naše raziskave sorazmerno pogosti, v nobeni od skupin pa od drugih niso izrazito odstopali, zato specifičnih povezav med organsko oškodovanostjo srednjega živ-

čevja in obliko avtoagresivnega vedenja ne ugotavljamo, čeprav smo predpostavko o nespecifični povezanosti potrdili.

3. Intelektivne sposobnosti in osebnostne značilnosti

a) Intelektivne sposobnosti

Intelektivne sposobnosti imajo pri razreševanju emocionalnih problemov pravzaprav zelo malo vpliva. Na ustrezno, smiselno in zadovoljujoče spoprijemanje z lastnimi problemi mnogo bolj vplivajo druge osebnostne lastnosti kot raven inteligentnosti, ki jo pokažejo psihološki testi.

Vendar pa nam primerjava naših ugotovitev z »normalno« distribucijo intelektivnih potencialov pokaže, da je v krivulji, ki jo oblikujejo mladostniki z avtoagresivnim vedenjem več subjektov z ekstremnimi vrednostmi na IQ lestvici, kot bi to pričakovali po Gaussu. Ta ugotovitev se sklada z našim splošnim opažanjem, da so v smeri razvoja psihopatologije bolj ogroženi kakorkoli »nepovprečni« mladostniki, ki s seboj in okoljem, neprilagodljivo, kot to je, prej in bolj resno prihajajo v konflikte, trenja in nasprotja. Zanimiva se nam zdi tudi ugotovitev, da nadpovprečne ali celo visokonadpovprečne intelektivne sposobnosti ne ščitijo mladostnika niti pred akutnimi, kratkostičnimi avtoagresivnimi dejanji niti trajnejšim samouničevalnim vedenjem. Nasprotno, visok odstotek teh mladostnikov v vseh treh skupinah celo opozarja na njihovo sorazmerno večjo rizičnost.

b) Osebnostne značilnosti

Socialni stik

Motnje pri vzpostavljanju, oblikovanju in vzdrževanju ustreznega socialnega stika smo ugotovili pri polovici vseh mladostnikov iz vseh treh raziskovalnih skupin.

V adolescenci se človekova povezanost z ljudmi v ožjem in širšem okolju izrazito poveča. Poveča se tudi njegova potreba po vključevanju med druge, po občutku pripadnosti širši, ne le družinski skupini. Če ta potreba ni zadoščena, ker mu nekatere njegove lastnosti manjšajo sposobnosti za gradnjo primerne socialnega stika, se ta prikrajšanost utegne odražati tudi v njegovem doživljanju sebe in sveta, ki ga obdaja, pri tem pa tudi na njegovem vedenju. Slab socialni stik vključuje tudi neustrezno doživljanje doga-

janja v medosebnih odnosih, kar ima za posledico tudi neustrezno reagiranje na to dogajanje. Ob slabši realitetni kontroli na tem polju je bolj možen tudi razvoj vedenja, ki — glede na stvarno situacijo — ni smislen in primeren.

Osebnostne lastnosti

Naj v kratkem povzamemo rezultate, ki smo jih zbrali z aplikacijo in ovrednotenjem osebnostnega vprašalnika pri vseh treh raziskovalnih skupinah mladostnikov in pri kontrolni skupini:

Mladostniki, ki zlorablajo drogo do razvoja odvisnosti, ob tem pa v akutnih stiskah tudi reagirajo s poskusom samomora (TS), kažejo v profilu osebnostnih lastnosti najbolj izrazite odstopne od normalnega. Pri posameznih lastnostih tudi največkrat dosežejo skrajne vrednosti in se tudi po tem od kontrolne skupine najbolj očitno razlikujejo.

Posebno pozorno smo ocenili rezultate na skali nekaterih osebnostnih lastnosti: depresivnosti, odločnosti, emocionalne labilnosti in moškosti.

Poskus samomora je očitno povezan predvsem s tremi lastnostmi: depresivnostjo (občutkom krivde, lastne insuficientnosti, potrnosti, osamljenosti in občutja manjvrednosti), neodločnostjo (hitrim razočaranjem, obupavanjem, občutjem prizadetosti, pomanjkanjem volje) in »ženskostjo« (bojazljivostjo, majhnim zaupanjem vase in v druge, takojšnjim razočaranjem, strahom). Tako mladi toksikomani, ki so že poskušali napraviti samomor, kot mladi suicidanti, ki se ne drogirajo, imajo na vseh teh treh skalah največ skrajnih vrednosti. Mladostniki iz obeh skupin so tudi največkrat manj družabni, s tem pa so ne le bolj osamljeni v splošnem, ampak so tudi prikrajšani za spodbuden občutek pripadnosti, ki ga daje zaledje naklonjenih vrstnikov (in so ga mladi toksikomani na primer deležni v večji meri).

Čustvena labilnost je značilna za vse mladostnike, ki kažejo avtoagresivno vedenje. Njihova občutljivost, razdražljivost, nepredvidljivo menjanje razpoloženja so zanje dodatne obremenitve, ki jih — oslajljeni od ostalih — ne zmorejo vedno obvladovati.

Najmanj skrajnih vrednosti na skalah za našete lastnosti zberejo toksikomani, ki niso nikoli poskušali napraviti samomora. Iz te ugotovitve in iz doslej zbranih vtisov iz kliničnega dela z mladostniki si upamo razviti naslednje stališče: vsakega uživanja drog ne smemo oceniti kot obliko avtoagresivnega vedenja. Med mladimi toksikomani — tudi med tistimi, ki so od droge

tako ali drugače že odvisni — bi morali razlikovati tiste, pri katerih je zloraba droge tesno in obojesmerno prepletena z resnejšo psihopatologijo, vključno z intenzivnimi avtoagresivnimi težnjami, in tiste, pri katerih je do zlorabe drog privedlo več situacijskih, miljejskih in drugih, individualno manj pomembnih dejavnikov. Morala je prav podatek o poskusu ali poskusih samomora tisti pokazatelj, ki lahko precej zanesljivo naznači, na katero od obeh strani sodi posameznik.

Mladi suicidanti kažejo po zbranih podatkih profil osebnosti, iz katerega najbolj izstopajo depresivnost, čustvena labilnost in neodločnost oziroma hitro obupavanje. Od mladih toksikomanih se najbolj razlikujejo po tem, da so od njih bolj negotovi vase in manj družabni. Med njimi je veliko nadpovprečno in celo visoko nadpovprečno inteligentnih, so pa v svojem okolju običajno slabo prilagojeni in osamljeni.

Vrnimo se k zastavljenim delovnim hipotezam, ki so jih rezultati in ugotovitve raziskave v celoti potrdili:

a) V etiogenezi avtoagresivnega vedenja igrajo vlogo različni dejavniki. Pri večini mladostnikov iz vseh naših raziskovalnih skupin smo ob specifičnih osebnostnih lastnostih ugotovili tudi različno družinsko problematiko in sorazmerno veliko pogostost diskoordinacije v delovanju osrednjega živčnega sistema.

b) in c) Pri mladostnikih, ki uživajo drogo, in pri tistih, ki so že kdaj poskušali napraviti samomor, smo ugotovili nekatere skupne osebnostne značilnosti. Obe skupini mladostnikov kažeta tudi nekatere očitne razlikosti — toksikomani so bolj družabni, bolj odločni, podjetni in gotovi vase kot suicidanti. Pri mladostnikih, pri katerih ugotavljamo obe obliki avtoagresivnega vedenja, pa se tudi psihopatologija sešteva. Menimo, da se pri toksikomanih, ki se po svojem osebnostnem profilu tako izrazito razlikujejo od suicidantov, tudi njihovega toksikomanskega vedenja ne more ocenjevati kot avtoagresivno.

d) V skupinah mladostnikov, ki kažejo le eno obliko avtoagresivnega vedenja, je tudi precej takih, kjer se to vedenje ne povezuje z zelo resno psihopatologijo, zato po samem vedenju (ali načinu reševanja problemov) na bazično duševno motenost še ne smemo sklepati.

e) V smeri razvoja avtoagresivnega vedenja povečujejo tveganje lastnosti (ali osebnostne značilnosti), kot so: depresivnost, nedružabnost, neodločnost, čustvena labilnost, pasivnost in nepodjetnost.

LITERATURA

1. Bejerot, N. (1977): The nature of addiction. V: M. M. Glatt (ur.), **Drug Dependence**. Lancaster, MTP Press Limited, 69—96.
2. Cohen, H. (1972): Multiple drug use considered in the light of the steppingstone hypothesis. *Int. J. Addict.* 7: 27—55.
3. Davies, J., B. Stacey, (1972): **Teenagers and alcohol: a development study in Glasgow**. Vol. II (HMSO: London), citirano po Ritson, E. B., M. A. Plant (1977).
4. Egger, G. J., R. A. J. Webb, I. Reynolds, (1978): Early adolescent antecedents of narcotic abuse. *Int. J. Addict.* 13: 773—781.
5. Glatt, M. M. (ur.) (1977): **Drug Dependence**. Lancaster, MTP Press Limited.
6. Goode, E. (1970): **The Marijuana Smokers**. Basic Books, New York, citirano po Ritson, E. B., M. A. Plant (1977).
7. Gossop, M. R., J. P. Cobb, P. H. Connell, (1975): Self-destructive behaviour in oral and intravenous drug-dependent groups. *Br. J. Psychiatry*, 126: 66—269.
8. Graham, D. L., W. C. Cross, (1975): Values and attitudes of high school drug users. *J. Drug Educ.* 5: 97—107.
9. Harbin, H. T., V. H. M. Maziar, (1975): The families of drug abusers; a literature review. *Fam. Process*, 14: 411—431.
10. Harford, D. (1969): A study of drug taking adolescents. *Psychoanal. Study Child*, 24: 384—398, citirano po Wurmser, L. (1972).
11. Irwil, S. (1973): A rational approach to drug abuse prevention. *Contemp. Drug Probl.* 2: 3—46.
12. Lamb, M. E. (1975): Fathers: forgotten contributors to child development. *Hum. Dev.* 18: 245—266.
13. Linn, L. S. (1972): Psychopathology and experience with marijuana. *Br. J. Addict.* 67: 55—64.
14. Lombillo, J. R., J. D. Hain, (1972): Patterns of drug use in a high school population. *Am. J. Psychiatry*, 128: 836—841.
15. Marin, P., A. Y. Cohen (1971): **Understanding Drug Use: An Adult's Guide to Drugs and the Young**. New York, Harper and Row, 19, citirano po Dohner, V. A. (1972).
16. Milčinski, L. (1973 a): Droge: današnja scena. *Zdrav. vestn.* 42: 423—426.
17. Milčinski L. (1973 b): O terapiji in prevenciji narkomanij. *Zdravstveni vestnik* 42: 550—552.
18. Milčinski L. (1975): **Droga — človek — družba**. Ljubljana, Dopolna delavska univerza »Univerzum«.
19. Moos, R. H., B. S. Moos, J. A. Kulik, (1976): College-student abstainers, moderate drinkers, and heavy drinkers: a comparative analysis. *J. Youth Adolescence*, 5: 340—360.
20. Plant, M. A., (1976): Young drug and alcohol casualties compared: review of 10 patients at a scottish psychiatric hospital. *Br. J. Addict.* 71: 31—43.
21. Rosenber, C. M., (1971): The young addict and his family. *Br. J. Psychiatry*, 118: 469—470.
22. Silver, A. M., (1977): Some personality characteristics of groups of young drug misusers and delinquents. *Br. J. Addict.* 72: 143—150.
23. Wurmser, L., (1973 a): Psychological aspects of drug abuse. Part. 1: Etiological considerations. *Md. State med. J.* 22: 78—82.
24. Žmuc-Tomori, M., (1973): Neke karakteristike pojave narkomanije u Sloveniji. **Zbornik kongresa o narkomanijah v Jugoslaviji**, Beograd. Suicid
25. Milčinski, L., (1970): **Samomor in samomorilni poskus v Sloveniji**. Doktorska disertacija. Ljubljana, Univerza v Ljubljani. Medicinska fakulteta.
26. Pierce-James, L., (1967): Suicide and mortality amongst heroin addicts in Britain. *Br. J. Addict.* 62: 381—398, citirano po Gossop, M. R., J. P. Cobb, P. H. Connell, (1975).
27. Rohn, R. D., R. M. Sarles, T. J. Kenny, B. J. Reynolds, F. P. Heald, (1977): Adolescents who attempt suicide. *J. Pediatr.* 90: 636—638.
28. Kapamadžija, B.: Suicid mladih. **Psihijatrija danes**, vol. VIII, št. 3—4, Beograd 1976, 361—369.
29. Dorpat, T., J. K. Jackson, H. S. Ripley: Broken Homes and Attempted and Completed Suicide. **General Psychiatry**, vol. 12 (1965) 213—216.
30. Otto, U.: Suicidal Acts by Children and Adolescents. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, suppl. 233, Munksgaard, Copenhagen 1972.
31. Shneidman, E., N. Farberow, R. Litman: **The Psychology of Suicide**. Science House, New York 1970.
32. Samuel, E. Wallace: **After Suicide**. John Wiley & Sons Inc., New York, 1973.
33. Andre Haim: **Adolescent Suicide**. Tavistock Publications, London 1974.
34. Jery Jacobs: **Adolescent Suicide**. John Wiley & Sons Inc., New York, 1974.
35. Anarney R. Elizabeth: Suicidal behavior of children and youth. **Pediatric Clinics of North America**, Vol. 22, No. 3, New York, 1975, 545—604.
36. Hemming, J.: Saving Teenage Suicides. **Journal of Psychosomatic Research**, V 1.21, 1977, 291—296.
37. Richman, J.: Symbiosis, Emphaty, Suicidal Behavior and the Family. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, Vol. 18, 1978, 139—149.
38. Rohn, D. R., M. R. Sarles, T. J. Kenny et al.: Adolescents who Attempt Suicide. **The Journal of Pediatrics**, Vol. 90, No. 4, 1977, 636—638.

UDK 159.973—053.6

Autoaggressive Behavior in Adolescents

Tomori, dr. Martina, Assistant Professor of Psychiatry, Center for the Mental Health-Adolescent Department, Ljubljana

Three groups of fifty juveniles manifesting auto-aggressive behavior were studied in the research: one group comprised drug addicts, the second drug addicts who already attempted suicide and the third those juveniles who has attempted suicide but were not drug users at all. The control group contained 300 juveniles from various secondary schools in Slovenia. There was an approximately equal distribution of boys and girls in all three groups.

The study examined the family problems of juveniles, the possibilities of organic cerebral impairment and the personality characteristics of juveniles.

The research findings show that autoaggressive behavior in juveniles develops more frequently in those who grow up in unfavourable family conditions, manifest symptoms of disturbance of coordina-

tion in the functioning of the central nervous system and have in addition a typical personality profile. Among the personality characteristics which further stimulate autoaggressive behavior are depressiveness, lack of self-confidence, unsociability, irresolution, emotional lability, unenterprising behavior, harbouring of guilt feelings and proneness to despair. The most pronounced psychopathology is manifested in juveniles in whom two chronic forms of self-destructiveness are observed simultaneously—drug abuse and acute suicidal acts. It was also established that there were relatively few psychopathological symptoms in the personality profiles of those drug addicts who have not yet attempted suicide although they are burdened with family problems as much as juveniles from the other research groups.