

Emberi Erőforrások Minisztériuma – Egészségügyért Felelős Államtitkárság
EGÉSZSÉGÜGYI SZAKMAI KOLLÉGIUM

Egészségügyi szakmai irányelv -

Az agresszív gyermek ellátásáról

Típusa:

Azonosító:

Megjelenés dátuma:

Érvényesség időtartama:

Kiadja:

Megjelenés helye:

Nyomtatott verzió:

Elektronikus elérhetőség:

Klinikai egészségügyi szakmai irányelv
002087

2019. szeptember 10.

2019. szeptember 10. - 2021. december 1.

Emberi Erőforrások Minisztériuma
Egészségügyért Felelős Államtitkárság

Egészségügyi Közlöny
<http://kollegium.aek.hu>

TARTALOMJEGYZÉK

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK	3
II. ELŐSZÓ	4
III. HATÓKÖR	4
IV. MEGHATÁROZÁSOK	4
1. Fogalmak	4
2. Rövidítések	5
3. Bizonyítékok szintje	5
4. Az ajánlások rangsorolása	6
V. BEVEZETÉS	6
1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása	6
2. Felhasználói célcsoport	9
3. Kapcsolat hivatalos hazai és külföldi irányelvekkel	10
VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE	10
VII. JAVASLAT AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ	20
1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban	20
2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája	22
3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok	22
VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE	22
IX. IRODALOM	23
X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE	27
1. Fejlesztőcsoport megalakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok dokumentálásának módja	27
2. Irodalomkeresés, szelekció	28
3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték vagy ajánlás mátrix”), bizonyítékok szintjének meghatározási módja	28
4. Ajánlások kialakításának módszere	28
5. Véleményezés módszere	28
6. Független szakértői véleményezés módszere	28
XI. MELLÉKLET	29
1. Alkalmazást segítő dokumentumok	29

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK

Társszerző Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. Gyermek pszichiátria és addiktológia Tagozat

Dr. Pászthy Bea PhD gyermekpszichiáter, tagozatvezető, társszerző

Külső szakértők:

Dr. Nagy Péter gyermek- és ifjúságpszichiáter, társszerző

Dr. Garas Péter gyermek- és ifjúságpszichiáter, társszerző

Dr. Mészáros Gergely gyermek- és ifjúságpszichiáter, társszerző

Véleményező Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. Csecsemő és gyermekgyógyászat Tagozat

Prof. Dr. Balla György csecsemő- és gyermekgyógyász, tagozatvezető, véleményező

2. Gyermek alapellátás (házi gyermekorvostan, ifjúsági és iskolaorvoslás) Tagozat

Dr. Póta György csecsemő- és gyermekgyógyász, tagozatvezető, véleményező

3. Klinikai szakpszichológia és pszichoterapeuta klinikai szakpszichológus Tagozat

Dr. Császár-Nagy Noémi klinikai és mentálhigiénés szakpszichológus, tagozatvezető, véleményező

4. Pszichiátria és pszichoterápia Tagozat

Dr. Németh Attila pszichiáter, tagozatvezető, véleményező

5. Védőnői Tagozat

Bábiné Szotzfried Gabriella védőnő, tagozatvezető, véleményező

„Az egészségügyi szakmai irányelv készítése során a szerzői függetlenség nem sérült.”

„Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal a fent felsorolt egészségügyi szakmai kollégiumi tagozatok vezetői dokumentáltan egyetértettek.”

Az irányelvfejlesztés egyéb szereplői

Betegszervezet(ek) tanácskozási joggal:

Nem került bevonásra.

Egyéb szervezet(ek) tanácskozási joggal:

Nem került bevonásra.

Szakmai társaság(ok) tanácskozási joggal:

1. Magyar Gyermek és Ifjúságpszichiátriai és Társult Szakmák Társasága (MAGYIPETT)

Dr. Páli Eszter gyermekpszichiáter, elnök

2. Magyar Pszichiátriai Társaság (MPT)

Dr. Molnár Károly pszichiáter, elnök

3. Magyar Gyermekorvosok Társasága

Dr. Velkey György csecsemő- és gyermekgyógyász, elnök

Független szakértő(k):

Nem került bevonásra.

II. ELŐSZÓ

A bizonyítékokon alapuló egészségügyi szakmai irányelvek az egészségügyi szakemberek és egyéb felhasználók döntéseit segítik meghatározott egészségügyi környezetben. A szisztematikus módszertannal kifejlesztett és alkalmazott egészségügyi szakmai irányelvek, tudományos vizsgálatok által igazoltan, javítják az ellátás minőségét. Az egészségügyi szakmai irányelvben megfogalmazott ajánlások sorozata az elérhető legmagasabb szintű tudományos eredmények, a klinikai tapasztalatok, az ellátottak szempontjai, valamint a magyar egészségügyi ellátórendszer sajátosságainak együttes figyelembevételével kerülnek kialakításra. Az irányelv szektorsemleges módon fogalmazza meg az ajánlásokat. Bár az egészségügyi szakmai irányelvek ajánlásai a legjobb gyakorlatot képviselik, amelyek az egészségügyi szakmai irányelv megjelenésekor a legfrissebb bizonyítékokon alapulnak, nem pótolhatják minden esetben az egészségügyi szakember döntését, ezért attól indokolt esetben dokumentáltan el lehet térni.

III. HATÓKÖR

Egészségügyi kérdéskör:	gyermek vagy serdülőkorú agresszív, de még nem közvetlen veszélyeztető magatartást mutató betegeknel közösségben, oktatási és gyermekvédelmi intézményekben és az egészségügyben alkalmazható intervenciók
Ellátási folyamat szakaszai:	fokozott rizikójú csoportok azonosítása, kockázat felmérése, megelőzés, de-eszkaláció
Érintett ellátottak köre:	agresszív viselkedést mutató gyermekek és serdülők
Érintett ellátók köre:	
Szakterület:	0500 csecsemő- és gyermekgyógyászat 0511 gyermekneurológia 1805 pszichoterápia 2300 gyermek- és ifjúságpszichiátria 2301 gyermek- és ifjúságpszichiátriai rehabilitáció 6301 házi orvosi ellátás 6302 házi gyermekorvosi ellátás 6303 felnőtt és gyermek (vegyes) házi orvosi ellátás 6306 iskola- és ifjúságorvoslás 7202 gyógypedagógia (és annak szakágai) 7901 területi védőnői ellátás 7902 iskolai védőnői ellátás
Egyéb specifikáció:	köznevelésben és szociális alap- és szakosított ellátásban, valamint a gyermekjóléti alap és gyermekvédelmi szakellátásban dolgozó szakemberek

IV. MEGHATÁROZÁSOK

1. Fogalmak

Agresszivitás: Az agresszivitás minden olyan viselkedés, amelynek célja, hogy fájdalmat vagy sérülést okozzon egy másik élőlénynek, aki ezt el akarja kerülni [1].

De-eszkaláció: Az agresszív viselkedés megnyilvánulásaira ható intervenciók, amelyek célja az agresszivitás tüneteinek mérséklése, ill. az agresszivitás további súlyosbodásának megelőzése [2].

Depriváció: Valamitől való megfosztottság.

Erőszakos magatartás: Fizikai erő vagy hatalom fenyegetésként vagy ténylegesen történő, szándékos alkalmazása önmaga, másik személy, csoport vagy közösség ellen, amelynek ténylegesen nagyon valószínű következménye a sérülés, halál, pszichológiai ártalom, nem megfelelő fejlődés vagy depriváció [3].

Instrumentális/proaktív agresszió: Az agresszivitás tervezett, célirányos, külső jutalom által motivált formája [4].

Prevenció: Megelőzés - valamely káros következmény bekövetkezésének elkerülését vagy legalább a bekövetkezés esélyének a minimalizálását célzó lépésekből álló tevékenység [5].

Proszociális viselkedés: A viselkedés olyan megnyilvánulása, amelyek másik egyén vagy csoport előnyét, javát szolgálják. Ilyen pl. a segítségnyújtás, együttműködés stb. Megjelenésében jelentős szerepet játszik az empátia.

Randomizált, kontrollált vizsgálat: A résztvevőket két csoportra osztják, az egyik csoportot kiteszik valamilyen beavatkozásnak, míg a másik csoportban nem végzik el az adott beavatkozást. Ezt követően egy meghatározott idő elteltével vizsgálják a beavatkozás következményeként kialakuló valamilyen kimenetelt. A randomizált, kontrollált vizsgálat mindig prospektív vizsgálat, hiszen a vizsgálat tervezése megelőzte a megfigyelni kívánt eseményeket.

Reaktív agresszió: Az agresszivitás olyan formája, amely mások fenyegetőnek vagy szándékos ártalmat okozónak értelmezett viselkedésére való reakciójaként jelenik meg [4].

Resztoratív eszközök: A kiindulási állapot helyreállítására alkalmas eszközök [6].

2. Rövidítések

AACAP: American Academy Child & Adolescent Psychiatry - Amerikai Gyermek és Ifjúságpszichiáterek Akadémiája

AAP: American Academy of Pediatrics - Amerikai Gyermekorvosok Akadémiája

ABCD: Autonomy, Belonging, Competence, and Doing for others - Autonómia, befogadás, kompetencia mások számára

ADHD: Attention Deficit/Hyperactivity Disorder - Figyelemhiány és Hiperaktivitás Zavar

APA: American Psychiatric Association - Amerikai Pszichiátriai Társaság

BNO-10: Betegségek Nemzetközi Osztályozása, verzió 10

BRACHA: Brief Rating of Aggression by Children and Adolescents - Rövid értékelés a Gyermekek és Serdülők Agressziójáról

CAPSLE: Creating a Peaceful School Learning Environment - Békés iskolai környezet megteremtése

CD: Conduct disorder - Viselkedészavar

CPI: Crisis Prevention Institute - Válságmegelőzési Intézet

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Mentális Betegségek Diagnosztikai és Statisztikai kézikönyve - Ötödik Kiadás

EFOP: Emberi Erőforrás Operatív Program

FPT: Foster Parenting Training - Nevelőszülő képzés

GYIPA konzultáns: Gyermek- és ifjúságpszichiátriai és addiktológiai konzultáns

MAO-A: Monoaminoxidáz-A

MAPP: Model Approach to Partnerships in Parenting - Szülői nevelés modellezése

NASMHPD: National Association of State Mental Health Program Directors - Állami Mentális Egészségügyi Programigazgatók Országos Egyesülete

NICE: National Institute for Health and Care Excellence - Egészség és Klinikai Kiválóság Nemzeti Intézete

ODD: Oppositional Defiant Disorder - Oppozíciós zavar

OGYÉI: Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet

WHO: World Health Organisation - Egészségügyi Világszervezet

3. Bizonyítékok szintje

A fejlesztőcsoport megállapodott abban, hogy a bizonyítékok szintjének meghatározásához a NICE (2015) irányelv rendszerét veszi alapul.

Bizonyíték fokozata	Meghatározás
1 ⁺⁺	Az eredmények olyan magas minőségű meta-analízisből, szisztematikus irodalmi áttekintésből, vagy több randomizált vizsgálatból származnak, melyekben nagyon alacsony a szisztematikus hiba (bias) lehetősége.
1 ⁺	Az eredmények jól kivitelezett meta-analízisből, szisztematikus irodalmi áttekintésből, vagy több randomizált vizsgálatból származnak, melyekben alacsony a szisztematikus hiba (bias) lehetősége.
1 ⁻	Az eredmények meta-analízisből, szisztematikus irodalmi áttekintésből, vagy több randomizált vizsgálatból származnak, melyekben nagy a szisztematikus hiba lehetősége.
2 ⁺⁺	Az eredmények jó minőségű kohorsz vagy eset-kontroll vizsgálatok szisztematikus irodalmi áttekintéséből, vagy olyan jó minőségű kohorsz vagy eset-kontroll vizsgálatokból származnak, melyekben nagyon alacsony a szisztematikus hiba és a zavaró hatások esélye, továbbá a bizonyítékok és következtetések közötti ok-okozati kapcsolat valószínűsége nagy.
2 ⁺	Az eredmények jól kivitelezett kohorsz vagy eset-kontroll vizsgálatokból származnak, melyekben alacsony a szisztematikus hiba és zavaró hatások esélye, és a bizonyítékok és következtetések közötti ok-okozati kapcsolat valószínűsége közepes.

2 ⁻	Az eredmények olyan kohorsz és eset-kontroll vizsgálatokból származnak, melyekben nagy a szisztematikus hiba és zavaró hatások esélye, és a bizonyítékok és következtetések közötti kapcsolat nagy valószínűséggel nem okozati jellegű.
3	Az eredmények nem kísérleti tanulmányból származnak, pl. esettanulmányok, esetsorozatok.
4	Az eredmények szakmai véleményen, (szakmai kollégium, kutatócsoport, vagy a szakterület vezető egyénisége(i)nek szakértői véleményén) alapulnak.

4. Az ajánlások rangsorolása

A javaslatokat, szintén a fenti szakmai irányelv alapján, a következő fokozatok szerint osztályoztuk:

A fokozat- Az ajánlások legalább 1++ fokozatú bizonyítéknak számító meta-analízisen, vagy rendszerezett irodalmi áttekintésen alapulnak, és a saját populációra jól adaptálhatók; vagy legalább 1+ szintű bizonyítéknak számító, a saját populációra jól adaptálható, és egyértelműen hasonló hatást mutató vizsgálatokon alapulnak.

B fokozat- Az ajánlások legalább 2++ szintű bizonyítéknak számító, a saját populációra jól adaptálható, és egyértelműen hasonló hatást mutató vizsgálatokon alapulnak; vagy 1++ és 1+ szintű bizonyítékok extrapolálásán alapulnak.

C fokozat- Az ajánlások legalább 2+ szintű bizonyítéknak számító, a saját populációra jól adaptálható, és egyértelműen hasonló hatást mutató vizsgálatokon alapulnak; vagy 2++ szintű bizonyítékok extrapolálásán alapulnak.

D fokozat- Az ajánlások 3-4 szintű bizonyítékon; vagy 2+ szintű bizonyítékok extrapolálásán alapulnak.

V. BEVEZETÉS

1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása

Annak ellenére, hogy gyakran hallani ellenkező információt, az erőszakos, agresszív cselekmények terén a valóság az, hogy az agresszió előfordulása az utóbbi évtizedekben folyamatos csökkenést mutat. A kérdést nagyobb időtávlatban vizsgálva egyértelmű, hogy a világ összességében egyre békésebb és biztonságosabb hely [7]. A bűncselekmények száma világszerte csökken, ezen belül pedig a fiatalok által, ill. a fiatalok kárára elkövetett bűncselekmények folyamatosan csökkenő tendenciát mutatnak [8]. Európán belül hazánk pedig különösen békés helynek számít. Az erőszakos bűncselekmények terén Magyarország, a fővárosok között pedig Budapest a harmadik legbiztonságosabb európai hely [9].

Ezzel párhuzamosan az agresszív megnyilvánulásokkal szembeni tolerancia is folyamatosan csökken. A testi fenyegetés még egy generációval ezelőtt is elfogadott nevelési eszköz volt az iskolákban; mára a családon belüli előfordulását is törvény tiltja (a gyermekvédelmi törvény egyértelműen kimondja: "A gyermek nem vethető alá kínzásnak, testi fenyegetésnek és más kegyetlen, embertelen vagy megalázó büntetésnek, illetve bánásmódnak." [10]). A gyerekek részéről tapasztalt agresszivitás terén a békésebb hétköznapokat elváró - és megteremtő - XXI. századi társadalom pedig szintén alacsony toleranciát mutat és megoldásokat keres.

Az agresszió definícióját a témával régóta foglalkozó szakember, Baron így fogalmazta meg: „Agresszivitás minden olyan viselkedés, amelynek célja, hogy fájdalmat vagy sérülést okozzon egy másik élőlénynek, aki ezt el akarja kerülni [1].” Hasonló ehhez Ranschburg Jenő meghatározása: „Agressziónak nevezünk minden olyan szándékos cselekvést, amelynek indítéka, hogy nyílt vagy jelképes formában valakinek vagy valaminek kárt, sérelmet vagy fájdalmat okozzon [11]”. Hasonló, de nem teljesen átfedő jelentésű fogalom az erőszakos magatartás, melynek WHO definíciója a következő: „Fizikai erő vagy hatalom fenyegetésként vagy ténylegesen történő, szándékos alkalmazása önmaga, másik személy, csoport vagy közösség ellen, amelynek tényleges vagy nagyon valószínű következménye sérülés, halál, pszichológiai ártalom, nem megfelelő fejlődés vagy depriváció [3]”.

A társadalom széles köreit elérő felvilágosítás, adaptív, proszociális megküzdési és nevelési stratégiák globális tanítása minden bizonnyal szükséges a jelenleginél egy még kevésbé agresszív világ megteremtéséhez. Azt biztosan tudjuk, hogy ilyen megközelítéssel dolgozó programok kisebb közösségekben hatékonyan csökkentik az agresszív magatartást és egyéb viselkedésproblémákat [12].

A kóros gyermekkori agresszivitásra hajlamosító tényezők

Az egyik leggyakrabban felmerülő, erősen vitatott tényező a **média** szerepe (az itt szereplő bizonyítékok fokozata 2⁺⁺). Korábban a televízióban, moziban látható erőszak volt a virtuális agresszivitás egyetlen forrása gyerekek számára, mára pedig számos újabb területen pl. elektronikus eszközökre készült játékokon, online csatornákon is eljutnak hozzájuk agresszív tartalmak. Szülők, pedagógusok és szakemberek általában ösztönösen úgy érzik, hogy az ilyen hatások a gyerekek agresszivitását fokozzák, ezektől a gyerekeket óvni kell. Ha azonban tudományos szemmel vizsgáljuk meg a kérdést, a válasz nem ennyire egyértelmű. Kiváló lehetőséget adott a

televízióban megjelenő tartalmak agresszív viselkedésre gyakorolt hatásának megfigyelésére egy apró, mindössze 6000 lakosú sziget, St. Helena, ahol 1995 előtt semmilyen televízióadás nem volt elérhető. Ezt követően egy, majd egyre több csatorna vált foghatóvá. A gyerekek viselkedésének televíziózás előtti és utáni pontos megfigyelésével és dokumentálásával egyértelműen kimutatták, hogy a gyerekek közötti agresszivitás a televíziózás megjelenésével és elterjedésével nem növekedett [13]. Hasonló eredményre jutott egy későbbi, már online tartalmak és videójátékok hatását is vizsgáló tanulmány, ebben sem az agresszív televíziós, sem az agresszív videójáték tartalmak nem függtek össze a fiatalok tényleges agresszivitásával [8]. A teljes képhez hozzátartozik, hogy mások találtak kapcsolatot agresszív médiatartalmak fokozott fogyasztása és későbbi agresszív viselkedés között. Metaanalízisek és nagyobb esetszámú vizsgálatok azonban ezt nem tudták megerősíteni, a statisztikai elemzésben a média hatását egyéb, főleg családi tényezők (pl. szülőkkal való kapcsolat, agresszivitás a szülők között vagy a szülők részéről) gyakorlatilag eltüntették [14, 15, 16]. Arra utaló adatunk van azonban, hogy a gyermekkori televíziózás mennyisége összefüggésben áll a későbbi antiszociális magatartással. Egy után követéses vizsgálat szerint minden plusz óra hétköznapi tévénézés 1,2-szeresére növelte a fiatal felnőttkori bűncselekmény miatti elítélés kockázatát, és több mint másfélszeresére az antiszociális személyiségzavar későbbi megállapításának valószínűségét [17]. A több tévénézés fokozta ezen kívül az agresszivitás és a negatív érzelmi állapotok rizikóját.

Az erőszakos viselkedés hátterében újra és újra felmerülő kérdés a **determináltság**, a veleszületett adottság szerepe (az itt szereplő bizonyítékok fokozata 1⁻). Viszonylag jelentős szerepe lehet a veleszületett adottságoknak a kifejezetten pszichopátiás jellegű (rideg és érzéketlen vonásokkal jellemzett) viselkedészavarban [18]. Az erőszakos viselkedés egy másik egyértelműen azonosított kockázati tényezője az **alacsony intellektus**, az átlag feletti vagy magas intellektus pedig ebben a tekintetben védő, vagy legalábbis a védelemhez hozzájáruló faktor [19]. Úgy tűnik, hogy a praktikus intelligencia, a szociális kompetencia, ill. a nyelvi készségek fontosabbak ebből a szempontból, mint az intellektus egyéb aspektusai. További biológiai tényező lehet az agresszivitás hátterében az **alacsony nyugalmi szívfrekvencia**, a magasabb nyugalmi pulzusszám pedig védőfaktor az agresszív viselkedéssel szemben [20, 21]. Szerepe lehet a kóros agresszivitás kialakulásában a **temperamentumnak** is: az óvodás korban „könnyű” temperamentumú, „könnyen kezelhető” gyerekek kevésbé hajlamosak később erőszakos, agresszív viselkedésre [22]. Azzal együtt, hogy az erőszakos cselekményekre 100%-os determináltságot jelentő biológiai hajlamot nem ismerünk, az erősebb veleszületett hajlamotó tényezők ismerete a prevenció és a prognózis szempontjából lényeges [23].

A helyzet komplexitását jól tükrözi az az összefüggés, amelyet egy vizsgálat a **monoaminooxidáz-A (MAO-A)** aktivitását meghatározó genetikai adottság és a gyerekeket ért rossz bánásmód között talált (1⁺ fokozatú bizonyíték). Ha a gyerekek olyan genetikai adottsággal rendelkeztek, amelynek következtében a MAO-A aktivitása magas volt, a rossz bánásmód később jóval kevesebb negatív következménnyel járt, mint az alacsony MAO-A aktivitás esetében [24]. Ez azt jelenti, hogy ugyanazon környezeti hatás, ugyanazon szülői magatartás által kiváltott viselkedés attól függően is változhat, hogy a gyerekek milyen genetikai adottsággal rendelkeznek. Mindezzel együtt bizonyos szülői és családi hatásokról egyértelműen elmondható, hogy kerülendőek, még akkor is, ha ezek hatását genetikai tényezők enyhíthetik, bizonyos nevelési, szülői attitűdök, eszközök pedig egyértelműen pozitívak, akkor is, ha ezek kimenetelét egyéb tényezők is módosítják.

Fontos szempont az erőszakos viselkedés témakörében a **család** szerepe.

Az egyik legfontosabb családi tényező a szülő és a gyermek közötti kapcsolat, a **kötődés** minősége (1⁻ fokozatú bizonyíték). Ha legalább egy szülővel van a gyermeknek (ideális esetben születésétől kezdve) pozitív kapcsolata, az így kialakuló kötődés nem csak mintakövetés révén fekteti le a szociális viselkedés alapjait, hanem az agy megfelelő biológiai fejlődéséhez is alapvető; ennek hiánya pedig ezeket a tanulással elsajátítható viselkedéseket és a megfelelő regulációs képességekhez szükséges biológiai alapokat veszélyezteti, ez pedig később számos negatív megnyilvánulásban, többek között erőszakos viselkedésben jelenhet meg [25]. A gyerekek fejlődése sokszor bámulatosan áll ellen az őket érő hátrányos hatásoknak. Kiderült, hogy ha a szűk családjukban elhanyagolást megélt gyerekeknek stabil, tartós, jó kapcsolatuk volt egy másik felnőttel, ez a kapcsolat képes volt kivédeni a kora gyermekkori káros hatások későbbi negatív kimenetelét, és ilyen gyermekkor után sem váltak erőszakos felnőttekké [26]. Sőt, ha kisebb korban nem is voltak olyan szerencsések az elhanyagolást vagy bántalmazást megélt gyerekek, hogy találhattak volna egy stabil felnőtt kötődési személyt, még a későbbi párkapcsolatok is sokat számítanak. A rizikócsoportba tartozó fiatalok közül kevesebben léptek a kriminalitás útjára felnőttként azok, akik közeli kapcsolatban voltak egy nem erőszakos partnerrel [27].

Kézenfekvő, és kutatásokkal is alátámasztott tényező a gyerekek patológiás agresszivitásának kialakulásában a szülők **nevelési** magatartása (1⁺ fokozatú bizonyíték). Egy kifejezetten az erőszakos cselekmények kialakulásával foglalkozó longitudinális vizsgálat, a Pittsburgh Youth Study (Pittsburghi fiatalok vizsgálata) 1987-től követett több mint ezer fiúgyermeket és családjaikat [28]. A rengeteg vizsgált paraméter közül egyértelművé vált, hogy a gyerekek intenzív felügyelete, a következetes, kitartóan betartatott keretek, a testi fenyítés hiánya és a családi tevékenységekben a gyerekek intenzív részvétele védelmet jelentett a későbbi

kriminalitással szemben. Egy másik vizsgálat szerint azokat a gyerekeket, akik egyébként - alacsony szocioökonómiai státuszuk miatt - a kriminalitás és erőszakos viselkedés szempontjából rizikócsoporthoz tartoztak, megvédte az ilyen életpályától, ha a szülő pozitív, támogató és a gyermek iránt érdeklődő volt [29]. Nem kifejezetten a nevelési stratégiák területére tartozó tényező, de a gyerekek kevésbé erőszakos viselkedésével és alacsonyabb szintű későbbi kriminalitásával összefüggő szülői magatartás, ha a szülő képes konstruktív problémamegoldásra, és ha érdeklődően és pozitívan törődik a gyermek iskolai előmenetelével [26, 28]. A másik oldalon a szülői erőszakos nevelési módszerei, a gyerekek fizikai bántalmazása fokozza az antiszociális viselkedés kockázatát [30].

Inkább a szociális szféra hatáskörébe tartozó, de többször következetesen leírt tapasztalat, hogy az alacsony **szocioökonómiai státusz** hajlamosít a gyermekkori és későbbi erőszakos magatartásproblémákra (1⁺ fokozatú bizonyíték). Fontos azonban megjegyezni, hogy kiterjedt elemzések alapján az agresszivitást kezdeményező, másokat bántalmazó, ún. bullying viselkedés kialakulásában csak kis szerepet játszik [28, 31].

Habár a gyerekek agresszivitását, erőszakos magatartását a korai években és az otthoni környezetben ért hatások jelentős mértékben befolyásolják, az **iskolai környezetben** szerzett tapasztalatok is lényegesek (1⁺ fokozatú bizonyíték). A jó iskolai teljesítmény, az iskolai munkára való motiváció, az osztálytársakkal való jó kapcsolat és az osztály és az iskola légköre képesek voltak olyan gyerekeknél is csökkenteni az erőszakosság és kriminalitás előfordulását, akik más szempontból magas rizikójú csoportba tartoztak [28]. Ennek az ellenkezője is igaz: a sorozatos iskolai kudarcok, a motiváció letörése, az iskolában, osztályban perifériára szorulás tovább fokozza az agresszivitás kockázatát. Természetesen mindenkiben felmerül, így az ilyen tanulmányok szerzőiben is, hogy ezek a paraméterek inkább a magas IQ-val függenek össze, amelyről pedig az iskolai paraméterektől függetlenül kimutatták, hogy védelmet nyújt az erőszakos magatartással szemben. Ez azonban nem igazolódott: ha sikerül elérni, hogy a gyerekek az iskolában jól érezzék magukat és sikerélményekhez jussanak, az intelligencia szintjétől függetlenül csökkenteni tudjuk az agresszív viselkedést és a későbbi kriminalitást [26]. Függetlenül attól, hogy a gyerekek milyen rizikócsoporthoz tartoznak az iskolába, megfelelő programokkal az iskolai agresszív viselkedés jelentősen csökkenthető. Ilyen például a CAPSLE (Creating a Peaceful School Learning Environment - Békés iskolai környezet megteremtése), amelyet több iskolában kipróbáltak, és azt tapasztalták, hogy az addig használt módszerekhez, képest a módszer csökkentette az agresszivitást és javította az iskolai teljesítményt [32]. Ez arra utal, hogy még ha az osztályban a legnehezebb gyerekek pszichiátriai gondozásra is szorulnak, az iskolai agresszív viselkedés befolyásolásában a megfelelően felkészített pedagógusok lesznek a legeredményesebbek.

Fontos szerepe lehet az agresszív cselekmények elfogadásában és így gyakoribb alkalmazásában a **kortárs közösségnek** is (1⁻ fokozatú bizonyíték). Elméletileg könnyen elképzelhető, hogy a közösségben, barátok, „haverok” között tapasztalt agresszivitás egyrészt modellként szolgál, másrészt az ilyen megnyilvánulásokat mutató kortársak meg is erősítik az agresszív viselkedést egymásban. Az ok-okozati összefüggések feltérképezése itt sem egyszerű. Az egyértelmű, hogy az agresszív és kriminalitásban is érintett fiatalok nagyobb valószínűséggel töltik szabadidejüket hasonló társakkal, azonban elképzelhető, hogy ez magát az agresszivitást nem fokozza, csak az agresszív megnyilvánulások elfogadásának egyik formáját jelenti [33]. Másik megközelítésben nem kizárható az sem, hogy - kapcsolódva az előző bekezdés témájához - az agresszív viselkedés miatt az iskolában tapasztalt elutasítás és kudarcok következtében sodródhatnak a gyerekek az ilyen viselkedést toleráló csoportokba. Ha viszont valakinek van legalább egy, proszociálisan viselkedő, az agresszivitást negatívan értékelő barátja vagy ilyen csoporthoz (is) tartozik, annál a fiatalnál csökken az agresszivitás és a deviálódás kockázata [34].

Legtöbbször valószínűleg megemlítenék a **lakóhely** szerepét is (1⁺ fokozatú bizonyíték): a világ minden nagyvárosában vannak ún. „rossz” és „jó” környékek, amelyek között az erőszakos cselekmények száma markánsan eltér. Ez a faktor részben kapcsolódik már tárgyalt tényezőkhöz (pl. a szocioökonómiai státusz vagy a kortárs kapcsolatok területéhez). Az erőszakos cselekmények megjelenését befolyásoló egyik legnagyobb vizsgálat szerint, ha valaki jobb környéken nőtt fel, ott az egyéb rizikófaktorok fennállása mellett is alacsonyabb szintű volt az erőszakosság [28]. Ugyanez a viszony fordítva már nem volt igaz az erőszakosságot fokozó egyéb kockázati tényezők hatását a rossz környék nem rontotta tovább. A rendkívül komplex vizsgálat elemzése azt mutatta, hogy az otthon minősége mind védő, mind kockázati tényezőt jelentett: egyéb rizikófaktorok hatását a jó állapotban lévő, rendezett otthon csökkentette, viszont az elhanyagolt, leromlott állapotú otthon elvette még a jó környék egyébként meglévő védő hatását is.

A fenti kockázati és védőfaktorok összefüggése bonyolult, és nem ritka közöttük a kölcsönhatás. Valószínűleg általánosítható az az eredmény, amelyre egy konkrét vizsgálatban jutottak: a protektív tényezők bizonyos esetekben kifejezetten jelentős hatást gyakorolnak, máskor nem képesek ellensúlyozni a rizikótényezők hatását [35].

Vizsgálatok tapasztalatait röviden összefoglalva az 1. számú táblázat mutatja be a gyermekkori agresszivitásból a későbbi erőszakos cselekmények és kriminalitás megjelenéséhez vezető pályát megszakítani képes protektív faktorokat (legalább 1° fokozatú bizonyítékok alapján).

1. számú táblázat: A gyermekkori agresszivitás adverz kimenetelével szemben védő tényezők

Egyéni védőfaktorok
Átlag feletti intellektus
Pozitív attitűd a család és az iskola felé
Agresszivitásra nem hajlamosító szociális kogníciók és hiedelmek
Alacsony impulzivitás és könnyű temperamentum
Enyhe ADHD
Fokozott szorongás és féltékenység
Magas szívfrekvencia
Magas MAO-A aktivitás
Családi védőfaktorok
Közeli kapcsolat legalább egy szülővel
Intenzív szülői felügyelet
A szülő helyteleníti az agresszív viselkedést
Kevés testi fenyítés
Intenzív részvétel családi tevékenységekben
A család szocioökonómiai státusza átlag feletti
A család konstruktív megküzdési mintát mutat
Pozitív szülői attitűd a gyermek tanulmányaival kapcsolatban
Iskolai védőfaktorok
Jó iskolai teljesítmény
Kötődés az iskolához
Erős motiváció az iskolai teljesítményre
Magasabb szintű végzettség elérése
Támogatás és felügyelet a pedagógusok részéről
Egyértelmű iskolai szabályok
Pozitív iskolai légkör
Kortárs védőfaktorok
Nem deviálódó jó barátok
Kortárs közösségekhez tartozás, ahol helytelenítik az agresszivitást
Vallási csoporthoz tartozás
Szociális izoláció (deviálódó kortársaktól is)
A lakóhellyel kapcsolatos védőfaktorok
Nem hátrányos helyzetű környék
Nem erőszakos környék
Kohézió és informális szociális kontroll

Forrás: Lösel és Bender, 2003 [35]

2. Felhasználói célcsoport

Jelen dokumentum célja, hogy csökkentse a külön szabályozó anyagban leírt korlátozó intézkedések és agresszivitás miatti akut kórházi felvételek számát. Az intervenciók által célzott populáció a 18 év alatti gyermekek és serdülők, akiknél a legkülönbözőbb helyszíneken (otthon, nevelőintézet, iskola, egészségügy, stb.) agresszív magatartás jelenik meg. Az intervenciók alkalmazását végzők csoportja pedig mindazok a felnőttek, akik gyerekek felügyeletét, gondozását, oktatását, gyógyítását végzik.

3. Kapcsolat hivatalos hazai és külföldi irányelvekkel

Egészségügyi szakmai irányelv előzménye:

Hazai egészségügyi szakmai irányelv ebben a témakörben még nem jelent meg.

Kapcsolat külföldi szakmai irányelv(ek)kel:

Jelen irányelv az alábbi külföldi irányelv(ek) ajánlásainak adaptációjával készült.

Szerző(k):	NICE Guideline Development Group
Tudományos szervezet:	NICE: National Institute for Health and Care Excellence
Cím:	Violence and Aggression: Short-Term Management in Mental Health, Health and Community Settings: Updated edition.
Megjelenés adatai:	NICE guideline, Published: 28 May 2015
Elérhetőség:	https://www.nice.org.uk/guidance/ng10
Szerző(k):	Masters, Kim J., and Christopher Bellonci
Tudományos szervezet:	American Academy of Child & Adolescent Psychiatry
Cím:	Practice Parameter for the Prevention and Management of Aggressive Behavior in Child and Adolescent Psychiatric Institutions, with Special Reference to Seclusion and Restraint
Megjelenés adatai:	Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 41, no. 2 (2002): 4S–25S.
Elérhetőség:	https://www.jaacap.org/article/S0890-8567(09)60552-9/fulltext

Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelv(ek)kel:

Jelen irányelv az alábbi, a közzététel időpontjában érvényes hazai egészségügyi szakmai irányelvekkel áll kapcsolatban.

Azonosító:	002071
Cím:	Veszélyeztető és közvetlen veszélyeztető magatartást mutató 0-18 év közötti fiatakorúak esetében alkalmazott megelőző és korlátozó intézkedések személyi és tárgyi feltételeinek valamint a betegellátás folyamata az egészségügyi intézményekben - különös tekintettel az emelt biztonságú ágyakra
Megjelenés adatai:	Egészségügyi Közlöny, 2018. 12. 18.
Elérhetőség:	https://kollegium.aeek.hu
Azonosító:	002078
Cím:	A gyermek és serdülőkori akut mentális tünetek és /vagy viselkedési problémák sürgősségi ellátásáról
Megjelenés adatai:	Egészségügyi Közlöny, 2018. 12. 18.
Elérhetőség:	https://kollegium.aeek.hu

VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE

Agresszív viselkedés megelőzése, kezelése közösségi térben

Ahogy fentebb is részleteztük az agresszivitás definíciója problémákat vet fel, ugyanez igaz magának a kezelésnek a definíciójára is. Irodalmi áttekintésünk alapján a közösségi térben való agresszivitás kezelésére vonatkozóan leginkább a megelőzés érdekében dolgoztak ki programokat és vizsgálták ezek hatékonyságát. Először összefoglaljuk ezek bizonyítottan hatékony közös elemeit, ezt követően pedig gyakorlati tapasztalatainkra alapozva, magának a már kialakult, vagy éppen kialakulóban lévő agresszív cselekménnyel kapcsolatos teendőket írjuk le.

Agresszív cselekmény megelőzése és kezelése a mindennapokban

Ajánlás1

Az iskolákban szükséges lenne agresszió prevenció programok bevezetése (B)

A különböző programok kiindulásának alapja általában valamiféle pszichoedukatív elemeket tartalmazó elméleti képzés az iskolai tanrendbe beépítve. A programok hossza rendkívül változatos volt: néhány tíz tanórától egészen az éveken át heti rendszerességgel az iskolai tananyag részét képező változatokig. Mindegyik megelőzési módszer esetében fontos volt, hogy az elméleti anyag átadásán túl bőséges élményt, gyakorlati ismeretet is biztosítson a programban résztvevő gyermekeknek, fiataloknak, ehhez szerepjátékokat, helyzetgyakorlatokkal, kiscsoportos megbeszéléseket használtak. A gyermekek oktatását végző pedagógusokat először mindig kiképezték az adott módszerrel kapcsolatban, ezt követően indították el a gyermekek képzését, és magukat a hatékonyságvizsgálatokat. A prevenció programok arra építettek, hogy az agresszivitás, mint megküzdési mód helyett hogyan lehet adaptívabb megküzdést választani. Ennek érdekében fejlesztették a résztvevők szociális- és érzelmi készségeit, hatékonyabb konfliktuskezelésre ösztönöztek, az indulatkezelés javítását, konszenzuskereső, hatékonyabb megküzdési módok alkalmazását tüzték zászlajukra.

Volt három a fenti hasonló elméleti keretből kiinduló programoktól eltérő vizsgálat: Kliwer és munkatársai művészetterápiás technikákat alkalmaztak, Laezer és munkatársai pszichoanalitikus módszerekre építették programjukat, Sheehan és munkatársai pedig a kortárs segítők szerepét állították középpontba [48, 49, 55].

Öt kutatás az iskolai keretben zajló prevenció programot szülőtréninggel, családi intervenciók bevonásával egészítette ki, ezeket a családokat is bevonó módokat hatékonyabbnak találták a „csak” iskolai képzést tartalmazóknál [5, 39, 44, 46, 51].

A tanulmányok az alkalmazott eszköztől függetlenül hatékonyak találták a vizsgált módszereiket a későbbi agresszív cselekmények visszaszorulása szempontjából, a kontrollcsoporttal összevetve. Fontos megemlíteni, hogy korcsoport szempontjából is heterogén vizsgálatokról beszélhetünk, amelyek az óvodáskori programoktól a kamaszkorig terjedtek. Eron és munkatársai arra jutottak, hogy a korábban kezdett prevenció programok (lehetőség szerint óvodás korban, célzottan a veszélyeztetett populáción alkalmazva) a leghatékonyabbak és a legköltséghatékonyabbak [42].

Ajánlás2

Javasolt lenne közösségi szinten alkalmazható prevenció programokat is bevezetni.

(B)

A közösségi térben végzett agressziókezelési programok szisztematikus áttekintése, sőt metaanalízise alapján ezek hatékonysága egyértelmű. Hatásukra a programokon átesett fiatalok körében csökkent a későbbi agresszív cselekmények száma a programokban nem részesülő csoportokkal összevetve. Az összefoglaló tanulmányok azt a következtetést is levonják, hogy sokkal kevésbé maga a módszer, semmint az fontos, hogy ilyen irányú célzott foglalkozás történjen a gyermekekkel, fiatalokkal [56, 57, 58, 59].

Bár eredeti célunk az volt, hogy a közösségben konkrétan bekövetkező agresszív cselekmények kezelésének bizonyítékokon alapuló szakirodalmát szisztematikusán áttekintsük, mindössze egy doktori disszertáció jelent meg ebben a témában, amely a konkrét agresszív cselekménnyel, illetve annak előjeleivel, a környezet erre gyakorolt hatásaival foglalkozik [60]. Hasonló eredményre jutott a jelen szakmai irányelv kidolgozása során mindvégig példaértékűnek tartott National Institute for Health and Care Excellence is [2]. Lentebbi javaslatunkat klinikai munkából származó több éves gyakorlati tapasztalatainkra és a NICE (2015) irányelvére alapoztuk. Ennek értelmében a legfőbb cél mindig az kell, hogy legyen, hogy a potenciális agresszív eseményt időben felismerjük, valamint lehetőség szerinti elkerüljük.

Ajánlás3

Gyermek- és serdülőcsoportokban javasolt intenzív felnőtt felügyelet biztosítása. (D)

Az agresszív cselekmények rizikófaktorait vizsgáló irodalom csak kevésbé foglalkozik a környezeti kölcsönhatások szerepével, holott gyakorlati tapasztalataink alapján tudjuk, hogy ezek igen fontosak lehetnek. A NICE (2015) irányelvvél összhangban, bár nem bizonyítékokon alapuló módon, de a környezet hatásairól fontos néhány dolgot megállapítanunk [2]. Agresszív cselekmény kialakulására sokkal nagyobb esély van egy konfliktusoknak teret hagyó, a megfelelő konfliktuskezelést nem segítő környezetben. A legnagyobb veszélyt gyermek- és fiatal közösségekben az agresszió kialakulására azok a szituációk jelentik, amikor nincsen felnőtt felügyelet [61]. Ilyen helyzetek lehetnek pl. a tornatermi öltöző, az iskolai udvar azon sarka, ahová a tanár nem lát el, stb. Éppen ezért törekedni kell a felnőtt felügyelet megfelelő biztosítására. Azt is célszerű biztosítani, hogy olyan gyermekek és fiatalok, akik egymással konfliktusos helyzetben vannak, ne kerüljenek egymással kétszemélyes helyzetbe, a csoportbontásoknál erre érdemes odafigyelni. Különösen érvényes ez, ha olyan fiatal

is jár a közösségbe, akinek a felnőtt által ismert nehézségei vannak az önérdek érvényesítéssel, ön maga megvédésével [62]. Az ilyen módon veszélyeztetett csoportba tartoznak: idegen nyelvűek, mint akik a többségi közösséggel való kommunikációban akadályozottak, gyengébb intellektuális kapacitásúak (értelmi fogyatékosokkal élők), etnikai kisebbségek, szociális készség nehézségekkel küzdők (pl. autizmus spektrum zavarban szenvedők), szorongásos nehézségekkel küzdők, stb. [63]. Természetesen a fentebb részletezett - gyakorlati elemekkel is kiegészített önhatékonyságot növelő iskolai prevenciós programok - segíthetnek a konfliktusos személyek egymással való nehézségeinek enyhítésében (resztoratív konfliktuskezelési technikák; pl. Bonell és mtsai) [6].

Ajánlás4

Az agresszív cselekmény kibontakozását a lehető legkevesbé korlátozó intervencióval próbáljuk megelőzni. (D)

Ha fizikai agresszió veszélyével járó cselekmény van kialakulóban, annak mindig vannak korai jelei. Még a konkrét agresszív viselkedést megelőzően általában gyorsul a szívverés és a légzés ritmusa, az izmok megfeszülnek, az illető emelt hangon kezd beszélni, hangjának tónusa is megváltozik, reakciói szóban is hirtelenebbek, kiszámíthatatlanabbak lesznek. Beszámol arról szóban, hogy ő most dühös vagy rosszul érzi magát, ellenkezni kezd [64]. Ha ilyen tüneteket észlelünk, az agresszió kiteljesedésének megelőzésére indítsuk el a de-eszkalációt.

Ajánlás5

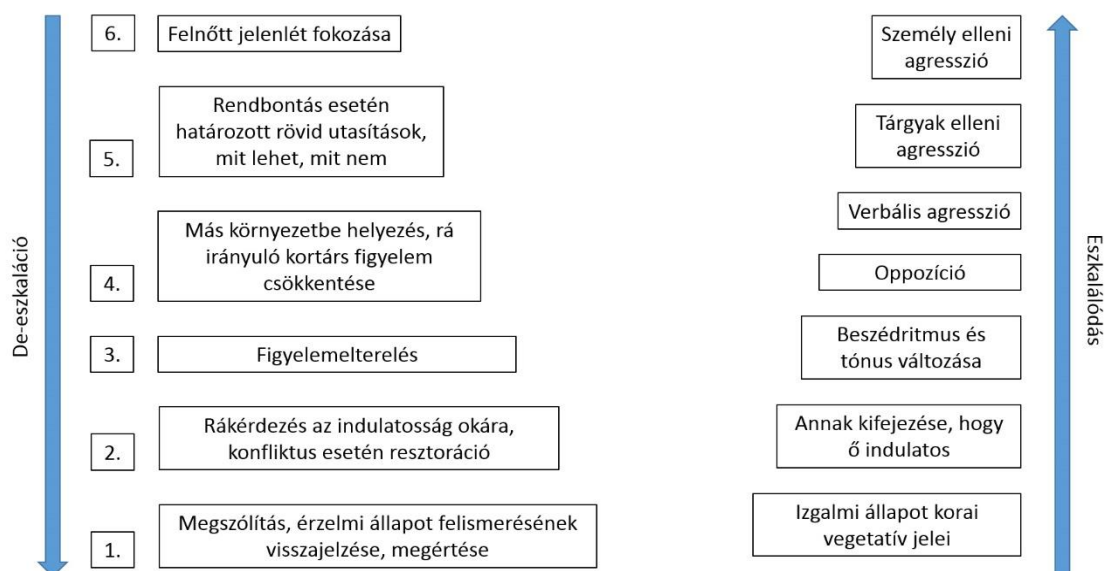
Agresszív cselekmény veszélye esetén kezdjük el a leghatékonyabb agresszió megelőzési stratégiát a de-eszkalációt alkalmazni. (B)

Amennyiben az agresszív viselkedés korai jeleit mutató egyénnel nem kezdődik el a de-eszkaláció, akkor az események kiszámíthatatlanná válásának, kiterjedésének a veszélye fenyeget.

Nagyon fontos közben a személyzet részéről a higgadság megőrzése, a normál tempójú és tónusú beszéd használata és a kellő határozottság. Fontos továbbá általánosságban, hogy az agitálódó gyermekkel egy személy kommunikáljon csak, amibe - ha mások segítenek is - ne szóljanak bele. Az eskalálódási folyamat és a de-eszkaláció hierarchiáját vizuálisan az 1. számú ábrán szemléltetjük.

1. számú ábra: Az eskalálódási folyamat és a de-eszkaláció hierarchikus lépései

Forrás: saját ábra



1. Minél korábbi a kapcsolatteremtés az agitálódó személlyel, annak felismerése és kimondása, hogy érzékeljük a másik érzelmi állapotát (pl.: „Látom, hogy dühös vagy!”) annál sikeresebb a de-eszkaláció. Fontos az agitálódó személy érzelmi állapotának folyamatos nyomon követése és hiteles visszajelzése.
2. Amennyiben még lehetséges, fontos annak megértése, hogy az illető mi miatt lett dühös, resztoratív eszközök alkalmazása (pl. ha az agresszivitás egy konfliktusos helyzetben alakul ki, akkor a másik fél bevonása, a konfliktus rendezése, végig mediátori szerepben maradva).

3. Figyelem-elterelés.
4. Az adott illető elkülönítése társaitól, ezáltal a figyelmi fókusz, ami rá irányul, csökken. Ez legjobb, ha úgy történik, hogy felajánljuk az adott személynek a lehetőséget, hogy most menjen máshová, ahol kikerül ebből a kényelmetlen helyzetből.
5. Határozott, egyszerű és egyértelmű utasítások adása, hogy mit tehet, és mit nem tehet, annak elkerülésével, hogy ez provokációnak tűnjön.
6. Amennyiben szükséges, segítség hívása, hiszen a fokozott felnőtt jelenlét, visszatartó ereje révén is segít a helyzet mérséklődésében. Nem lehet kellően hangsúlyozni, hogy a segítő felnőtt részéről is fontos a nyugodt, az indulatokkal szemben megértő, de határozott, keretszabó viselkedés. Az is fontos, hogy az agitálódo személlyel való közvetlen verbális kommunikációba a segítő felnőttek ne avatkozzanak bele.

Az 1. számú ábrán a szövegbuborékok piramisszerű elrendezése az adott jelenség gyakoriságát fejezi ki. A nyilakkal és a szóhasználattal (eszkalálódás vs. de-eszkaláció) azt kívántuk kifejezni, hogy az indulati agresszió fokozódása egy spontán folyamat, melynek során a feszültség szint növekszik. A de-eszkaláció ezzel ellentétben egy aktív, beavatkozással járó jelenség, amelynek hatására a feszültség szint csökken. Az indulati agresszió eszkalálódásának szintjeivel egy vonalban lévő de-eszkalációs lépések azt fejezik ki, hogy mely szinten a beavatkozás mely fokát kell alkalmazni. A számok az ideális esetben való beavatkozások sorrendiségét fejezik ki.

Előfordulhat, hogy a fenti eszközök nem vezetnek eredményre, és a helyzet eszkalálódik, ilyenkor a gyermek- és fiatalok épületen belüli szabad mozgásának korlátozására, vagy amennyiben önmagára esetleg másokra nézve közvetlenül veszélyeztető, akkor egyáltalán szabad mozgásának korlátozására is szükség lehet. Ennek részleteivel kapcsolatban utalunk az „Egészségügyi szakmai irányelv a veszélyeztető és közvetlen veszélyeztető magatartást mutató 0-18 év közötti fiatalok esetében alkalmazott megelőző és korlátozó intézkedések személyi és tárgyi feltételei valamint a betegellátás folyamata az egészségügyi intézményekben - különös tekintettel az emelt biztonságú ágyakra” (Azonosító:002061) című szakmai irányelvre. Amennyiben az agresszív cselekmény a belátási képességet korlátozó mentális állapot következménye, mentőt kell hívni, és ők szükség esetén értesítik a rendőrséget. Amennyiben viszont az agresszív cselekmény megtartott belátási képesség mellett valósul meg: elsődlegesen a rendőrséget szükséges értesíteni, és az ő segítségüket kérni az agresszió megfékezésében.

Ajánlás6

Az agresszív cselekmény megjelenését követően az eset megbeszélésére, visszajelzésre lehetőséget kell biztosítani. (ún. debriefing) (C)

Mind a NICE (2015) irányelv, mind a témával foglalkozó más vizsgálatok (pl. Barnett és mtsai) kiemelik, hogy egy agresszív cselekmény bekövetkezése után az annak ellátásában résztvevők számára az események átbeszélése, és a tanulságok levonása rendkívül fontos [2, 61]. Ennek érdekében az eseményt követően az annak megoldásában résztvevőknek visszajelző kört érdemes indítani, ahol kifejtethetik, hogyan élték meg az esetet, mi volt számukra könnyű, és mik azok a dolgok, amelyek nehézséget okoztak, és amit egy esetleges következő eseménykor módosítani érdemes.

Ajánlás7

A hatékony agressziókezelés érdekében elengedhetetlen az ilyen események rendszeres, intézményi szintű elemzése. (D)

Természetesen a NICE (2015) által is összefoglalt de-eszkalációs technikák nem hordoznak jelentős újdonságot ahhoz képest, ahogyan a feszült helyzeteket ideális esetben igyekeznek a felnőttek a gyermekekkel és fiatalokkal megoldani közösségi terekben. Ugyanakkor fontos hangsúlyozni, hogy mindezeket egyszerre, egymásra épülve és mindig következetesen kell használni, ami visszahat a gyermekek, fiatalok számára is biztonságos környezet kialakulására, hiszen ilyen esetben számukra is kiszámítható módon történnek az események. Ahhoz, hogy ez rutinszerűen menjen, hatékony módszer lehet az elmélet elsajátításán túl helyzetgyakorlatok, szerepjátékok alkalmazása, amit megfelelő szakember segítségével minden olyan intézményben rendszeresen javasolunk, ahol fokozott a veszélye agresszív cselekmény kialakulásának [2]. Az aktuálisan kialakulóban lévő/kialakult agresszív cselekmény közösségi térben való kezelési módja mellett szóló bizonyítékok nem randomizált, kontrollált vizsgálatokból, hanem esettanulmányokból, más protokollokból származnak.

Az agresszivitás hosszú távú csökkentése

Ajánlás8

Javasolt iskolákban alkalmazható prevenciós program bevezetése. (B)

Ajánlás9

Az oktatási intézményeken kívül, azokon a közösségi szintereken (pl. nevelőotthonok), ahol gyakoribb az agresszív viselkedés közösségi szinten alkalmazható prevenciós program bevezetése javasolt. (B)

A fentiek alapján a jelen szakmai irányelv részeként javaslatot teszünk egy, a hazai szükségleteket és lehetőségeket figyelembe vevő agresszió prevenciós program kidolgozására, és annak a minél korábbi életkorban való mindennapi tananyagba építésére. Egy ilyen program legfontosabb elemei közé a gyermekek, fiatalok saját és mások érzelmeivel kapcsolatos tudatosságának és kontrollálásának tanítása és gyakoroltatása tartozik. Nagyon fontos, hogy a gyermekek a saját életkori szintjükön megtanulják az érzelmeik felismerését és egymástól való elkülönítését, tapasztalatokat gyűjtsenek arról, hogyan lehet a másik ember érzelmi állapotait felismerni, illetve hogyan hatnak egymásra a különböző emberek érzelmi állapotai, mi az, amit ebből tudnak befolyásolni, és mi az, amit nem. Egy ilyen programnak az is része kell, hogy legyen, hogy ezen az önismereti folyamaton túl a fiatalokat bátorítsuk az érzelmeik indulatmentes kifejezésére, és az olyan nem agresszív konfliktuskezelési módokra, amely a konfliktusban résztvevő felek mindegyike számára a lehető legkedvezőbb megoldással kecsegtet. Ha a megszokott minták helyett ugyanis a fiatalok megtapasztalhatják, hogy a konfliktus során létezik olyan kimenetel, ahol a másik fél érdekei is érvényesülnek, nem mellelesleg katartikus élménnyel is járhat. A nemzetközi módszerekből a bizonyítottan hatékony komponenseket érdemes átvenni, és alkalmazni. A magyar program kidolgozásánál mindenképpen a több szintű prevenciós szemlélet kialakulását támogatjuk: a fentebb részletezett elemek használatával való általános, mindenkire kiterjedő iskolai program bevezetése mellett, az ugyanezen módszertani elemeket használó, annak „intenzívebb” változatát jelentő programot a veszélyeztetett fiatalok körében lenne célszerű bevezetni, melynek helyszínei a szociális alapellátó intézmények lehetnének [5].

Az agresszivitás hosszú távú csökkentésére kidolgozott, fentebb már említett intervenciók közül az egyik legtöbbet vizsgált módszer a Coping Power (Erőszak leküzdése) elnevezésű program. A Coping Power általában 4-6 agresszív viselkedést mutató gyerek csoportjával foglalkozik, és a gyerekek mellett a szülők számára is tartanak foglalkozásokat. Az első tapasztalatok azt mutatták, hogy az egy tanév során végzett terápia bizonyos területeken mutatott ugyan hatékonyságot, más területeken azonban a kezdeti előnyök eltűntek, ezért később a programot 2 tanévet felölelő időszakra (16-18 hónapra) terjesztették ki (2⁺⁺ bizonyíték) [65, 66]. A Coping Power program külföldi adaptációja is eredményesnek bizonyult az agresszivitás hosszabb távú enyhítésében és a deviálódás megelőzésében (2⁺⁺ bizonyíték) [67].

A program legfontosabb elemei a következők:

- Egyéni rövid és hosszú távú célok kijelölése
- Szervezési, rendszerezési, iskolai készségek tanítása és gyakorlása (pl. rendezett iskolatáska bepakolás megtanítása, tervezési készségek tanítása és gyakorlása)
- Érzések és a haraggal kapcsolatos felfokozott érzelmi állapot jeleinek felismerése
- Az egyes érzelmi állapotokhoz, különösen a haraghoz tartozó arckifejezések, testtartás, hangszín és belső érzések megbeszélése
- Az érzelmi állapotokat kiváltó trigger események megbeszélése
- Az érzelmek különböző szintjeinek megbeszélése
- A haraggal való megküzdés és önkontroll gyakorlása, például:
 - A provokatív osztálytárs otthagynása
 - A szülővel kompromisszum kialakításának megkísérlése
 - Megosztani egy felnőttel, hogy valaki piszkál vagy bosszant
 - Beszélni azzal, aki bosszant
 - Sport
 - Zenehallgatás
 - Játék
- Adaptív kogníciók („ön-állítások”) gyakorlása (pl. „Érzem, hogy kezdek dühös lenni, de nem akarom elveszíteni a kontrollt”, „Csak azt akarják, hogy bedühödjek, és aztán én kapjak beírást”, „Nem érdemes ezen feldühödni, úgysem tudják, miről beszélnek”, „Nem engedem, hogy legyőzzön a harag”, „Nem adom meg nekik ezt az örömet”)
- Relaxálás
- Az adaptív megküzdéssel szembeni akadályok azonosítása és ezek legyőzésének megbeszélése
- Különböző nézőpontok jelenségének megbeszélése
- A másik valódi érzelmi állapotának és szándékának félreismerésére hajlamosító tényezők megbeszélése
- A másik gondolatainak és érzéseinek jobb felismerését célzó gyakorlatok
- Problémamegoldás tanítása és gyakorlása, ezen belül
- Különös hangsúlyt fektetnek a szociális térben megjelenő problémákra, konfliktusokra

- A tettek következményeinek előzetes felmérése
- Közös videófelvétel készítése konfliktusokról és azok megoldásáról

Ajánlás10

Közösségekben lévő gyerekek és fiatalok számára, különösen, ha az agresszivitás szempontjából fokozott rizikójú csoportba tartoznak, intenzív felnőtt felügyelet biztosítása szükséges. (D)

A gyermekkori agresszív viselkedés nem betegség, azonban számos, elsősorban gyermekpszichiátriai zavar részét képezheti, úgymint depresszió, szorongásos állapotok, poszttraumás stressz zavar, agykárosodással járó neurokognitív állapotok, kábítószermegvonási szindróma, diszruptív, impulzus- és viselkedészavar. Az agresszív megnyilvánulások kapcsán ezen esetekben fontos különbséget tenni a magatartás instrumentális és indulati elemei között. Az instrumentális vagy proaktív agresszió egy kontrollált, célirányos cselekedet a vágyott cél elérése érdekében (pl. pénz vagy kábítószer, stb.). Ezen cselekedet többnyire előre megfontolt és nem egy erős érzelmi reakció következménye, többnyire pszichopátiás jegyekhez kapcsolódik [4]. Az indulati vagy reaktív agresszió során elsősorban a feszültség eszkalálódása dominál, mintegy válaszként egy fenyegetőnek vélt vagy provokatív ingerre [68]. Ezen agresszív megnyilvánulások nem egymást kizáró entitások.

Otthont nyújtó gyermekvédelmi ellátások

A 18 év alatti fiatalok személyes gondoskodás keretébe tartozó gyermekvédelmi szakellátásáról, azon belül is az otthont nyújtó ellátásról az Országgyűlés 1997. évi XXXI. törvénye - a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról - rendelkezik [10].

A gyermekvédelmi törvény egyik fő célja, hogy gondoskodjanak a gyermekek veszélyeztetettségének megelőzéséről és megszüntetéséről, a hiányzó szülői gondoskodás pótlásáról.

A kutatások alapján azok a fiúk, akik gyermekkorukban főként kiszámíthatatlan, kényszerítő, vagy büntető szülői attitűddel szemben abúzust éltek át, fokozott kockázati csoportba tartoznak a későbbi viselkedészavar, antiszociális személyiségjegyek, vagy erőszakos cselekmények elkövetését illetően [69, 70]. A rossz bánásmód kapcsán kialakuló későbbi negatív hatásokkal szemben a genetikai adottságok, ezen belül a monoamin-oxidáz A (MAO-A) enzimnek a moderáló szerepét azonosították (lásd a Bevezetésben) [71].

A gyermekkori fizikai elhanyagolás, valamint a családi diszfunkcionalitás szignifikáns összefüggést mutat a későbbi interperszonális agresszív megnyilvánulásokkal, illetve a későbbi pszichiátriai kórképek (szerhasználat, személyiségzavar, hangulati zavarok, szorongásos zavarok, figyelemzavar) kialakulásával [72]. Az externalizációs problémák, köztük a viselkedési nehézségek és agresszív magatartás a lakóotthonban történő nevelés, valamint a családba fogadás után vagy gyermekotthoni elhelyezés során a leggyakoribb, mely mellett az előbbi tüneteket mutató gyermekekkel foglalkozó szakemberek képzettsége, valamint hozzáállása (elsősorban a negativizmus) is befolyásolja [73]. Az USA-ban gyermekvédelmi ellátásban lévő serdülők között egyértelműen magasabb a pszichiátriai tünetek előfordulási gyakorisága, különös tekintettel a viselkedészavarokra, diszruptív tünetekre, valamint a szerhasználatra vonatkozóan [74, 75]. Magyarországra vonatkozóan jelenleg nem rendelkezünk pontos adatokkal gyermekvédelemben nevelkedő kiskorúak pszichiátriai tüneteit, ezen belül agresszív megnyilvánulásait illetően. A tapasztalat alapján azonban megállapítható, hogy a magyar gyermekvédelmi ellátásban is jelentős kihívást jelent a növendék fiatalokúak agresszív viselkedése.

Ajánlás11

Fokozott rizikójú csoportban korai felismerés, valamint a megfelelő intervenciók használata elsődleges. (A)

Az elhelyezés során a gyermek vagy fiatal agresszív megnyilvánulásai elsősorban a kortársak, illetve a fiatalot körülvevő személyezettel szemben jelentkezhetnek. A fentiekből adódóan gyermekotthonban nevelkedő populációban az agresszív megnyilvánulások gyakorisága magasabb. Általánosságban elmondható, hogy az agresszív megnyilvánulásokat illetően a **megelőzés** a legfontosabb eszköz, melynek két fő pillére a korai felismerés és a megfelelő intervenciók alkalmazása.

A korai felismerés hatékonyságának növelése céljából fontos kiszűrni azt a populációt, ahol az agresszív megnyilvánulások prediktálhatóak (nem, életkor, korábbi agresszív cselekedetek, pszichiátriai érintettség, szerhasználat, kriminalitás).

A hosszú távú megelőzés elsődleges célja, hogy a fiatal képessé váljon a saját agresszív kitéréseinek kontrollálására, a stresszcsökkentő technikák alkalmazására, valamint a szakemberek számára kézzelfogható stratégiákat nyújtson az agresszív cselekedetek kezelésére.

Számos agresszív magatartást kezelő tréning létezik (MAPP, Incredible Years, stb.), mely elsősorban az externalizációs tünetek, ezen belül diszruptív panaszok, valamint a viselkedésbeli nehézségek hosszú távú csökkentését célozzák [76].

Solomon és munkatársai 16 tanulmányt elemző munkája szerint összefüggés mutatkozik a célzott gyermekvédelmi nevelési tréningeket (Foster Parenting Training, FPT) alkalmazó gyermekvédelmi szakemberek szakismerete, valamint tudása és a fiatalok hosszú távú diszruptív tüneti csökkenése között [76]. Több vizsgálat is azt mutatja, hogy az empirikusan támogatott kezeléseket előnyös lenne bevonni a FPT programba, figyelembe véve kulturális sajátosságokat is [77].

Fontos kiemelni, ha az agresszív magatartás figyelemzavaros hiperaktivitás zavar (ADHD) talaján alakul ki, akkor hatékonyak lehetnek az ADHD-ban használt nem farmakológiai kezelések is (viselkedésintervenciók, kognitív viselkedésterápia, neurofeedback, stb.) [78, 79].

Gyógyszeres megelőzés

Ajánlás12

A DSM-5 vagy BNO-10 alapján azonosított gyermekpszichiátriai kórállapothoz társuló agresszív tünetek esetében elsősorban az alapteregség kezelése javallott. (A)

Zito és munkatársai adatai alapján a gyermekvédelemben nevelkedő fiatalok gyógyszerelésében a leggyakoribbak az antidepresszánsok, az ADHD-t kezelendő szerek, valamint az antipszichotikumok [80]. Ha az agresszív magatartás az impulzivitás részjelenségeként értelmezhető, akkor az agresszió csökkentésében hatékonyak lehetnek az ADHD terápiájában használt szerek (methylphenidate, atomoxetine) [81]. A gyermekkori depresszió egyik vezető tünete lehet az irritabilitás, mely időnként agresszív megnyilvánulások formájában is megjelenhet, ennek gyógyszeres kezelése tüneti redukción okozhat. Jelenleg Magyarországon gyermek- és ifjúkorban a depresszió gyógyszeres kezelésében az OGYÉI által egyetlen hatóanyag engedélyezett, ez a fluoxetine.

Az agresszív magatartás kezelésében elsősorban a típusos, illetve atípusos antipszichotikumok hatásosságával kapcsolatosan áll rendelkezésre a legtöbb adat [82, 83].

Magatartási problémák kezelésében jelenleg Magyarországon két hatóanyag, a haloperidol, valamint a risperidone törzskönyvezt. Az érvényben lévő gyógyszerészeti alkalmazási előírásoknak megfelelően mindkét hatóanyag mentális retardáció mellett megjelenő magatartászavarok kezelésére javallott, az előbbi 3 éves, az utóbbi 5 éves kor felett alkalmazható, melynek klinikai megítélése gyermekpszichiáter szakorvos feladata. Szükség esetén, megfelelő dokumentáció és szakirodalmi alátámasztottság esetén az illetékes hatóságtól (OGYÉI) indikáción túli engedély kérhető a gyógyszer a hivatalos alkalmazási előírásban nem szereplő alkalmazásához (pl. súlyos irritabilitás normál intellektus mellett).

Kezelés az adott környezetben

Az agresszív megnyilvánulásokat illetően elsősorban a megelőzés, illetve a de-eszkalációs technikák alkalmazása javasolt, melyek nem térnek el jelentősen az egyéb közösségekben alkalmazandó de-eszkalációs technikáktól, ami az előző fejezet részét képezi.

Abban az esetben, ha a gyermek viselkedésével potenciálisan maga vagy más testi épségére veszélyt jelent, sürgősségi mentőhívás, illetve a rendőrség értesítése javasolt. Ha az agresszív megnyilvánulás ezt követően is fennáll, akkor a hatályos jogszabályok betartása mellett a gyermeket a területileg illetékes egészségügyi ellátó intézménybe szállíthatják.

Sürgősségi osztályos ellátás

Ajánlás13

Sürgősségi osztályos ellátás keretében elsődlegesen ki kell zárni a viselkedésváltozás organikus eredetét. (A)

A viselkedésproblémákkal küzdő gyermekek akut ellátása, sürgősségi teendő elbírálása gyermekpszichiátriai osztályos kezelést megelőzően sürgősségi osztály keretében történik. A sürgősségi ellátás feladatai közé tartozik, hogy az agresszív viselkedés hátterében felmerülő organikus eredet megítélje. A sürgősségi osztályos kezelésen megjelenő viselkedési problémák között a leggyakoribbak az öngyilkos magatartás/önsértés, valamint a violens viselkedés [84, 85, 86].

Az agresszív cselekedet kezelésének elsődleges célja azon helyzet megszüntetése, amikor a páciens viselkedése potenciálisan kárt okozhat magának vagy másoknak, ideértve a hozzátartozókat, illetve a személyzetet. A megfelelő intervenciók alkalmazásának célja a korlátozó intézkedések (pszichikai, gyógyszeres, fizikai) alkalmazásának csökkentése. Egészségügyi környezetben a megfelelő intervenciók alkalmazása nagymértékben csökkentette a korlátozások és elkülönítések számát [87].

További teendőket lásd az „Egészségügyi szakmai irányelv a gyermek- és serdülőkorú akut mentális tünetek és/vagy viselkedési problémák sürgősségi ellátásáról (Azonosító: 002078)”, és az “Egészségügyi szakmai irányelv a veszélyeztető és közvetlen veszélyeztető magatartást mutató 0-18 év közötti fiatalok esetében alkalmazott megelőző és korlátozó intézkedések személyi és tárgyi feltételei valamint a betegellátás folyamata az

egészségügyi intézményekben - különös tekintettel az emelt biztonságú ágyakra (Azonosító: 002071)” című irányelvekben.

Az angol National Institute for Health and Care Excellence (NICE) irányelvvel összhangban a de-eszkalációs technikák során szem előtt kell tartani a páciens fizikai, intellektuális, érzelmi és pszichológiai érettségét. Fontos továbbá a nyugtató, figyelemelterelő technikák alkalmazása, felajánlva, hogy a páciens egy csendes, nyugodt helységbe vagy környezetbe menjen, mely során érzelmi híd építése és fenntartása szem előtt tartandó a terápiás kapcsolat kialakítása céljából [2].

Az adott környezet megteremtése sok esetben nem könnyű. A tapasztalatok alapján a gyermekeknél az egészségügyi ellátás során jelentős szorongás mobilizálódhat, melynek oldása nagymértékben növelheti a kommunikációt, és mintegy ventilációs felületként az agresszió eszkálaródását is oldhatja, megelőzheti [86].

Agresszivitás menedzsment magas rizikójú csoportokban

Akut fekvőbeteg ellátás

A gyermekpszichiátriai felvétel egyik leggyakoribb oka az agresszív megnyilvánulás, illetve a diszruptív viselkedés [88]. Amíg az agresszív megnyilvánulások egy része a diszruptív viselkedésbe illeszkedik, addig fontos megjegyezni, hogy egyéb gyakori kórképek részét is képezheti az agresszivitás, mind például a pervazív érintettség, depresszió, mentális retardáció, pszichotikus állapotok [89, 90, 91, 92].

A fekvőbeteg ellátást illetően két alapesetet javasolt elkülöníteni. Az első, ha a gyermek fekvőbeteg-osztályra kerülésének oka az agresszív megnyilvánulás, és felvétele során is agresszív viselkedés jellemző. Ezen esetben az agresszió menedzsment jelentősen megegyezik a sürgősségi ellátás körülményeivel. Ekkor, ha a fiatal közvetlen veszélyeztető magatartást tanúsít és a megfelelő intervenciók, de-eszkalációs technikák nem csökkentették az agresszív magatartást, akkor korlátozó intézkedések is foganatosíthatóak az állapot megszüntetése céljából. Az ezzel kapcsolatos ajánlásokat a „Veszélyeztető és közvetlen veszélyeztető magatartást mutató 0-18 év közötti fiatakorúak esetében alkalmazott megelőző és korlátozó intézkedések személyi és tárgyi feltételei, valamint a betegellátás folyamata az egészségügyi intézményekben - különös tekintettel az emelt biztonságú ágyakra” című irányelv fogalmazza meg. Ezen esetben az állapot megszüntetése elsősorban gyermekpszichiátriai osztályos körülmények között történik. Fontos azonban megjegyezni, hogy a tapasztalatok alapján az indulati agresszív megnyilvánulás jelentős része már a beszállítás alatt mérséklődik, adott esetben meg is szűnik, mellyel kapcsolatosan elsősorban a környezetből való kiemelés az egyik vezető tényező. Emellett ez a jelenség arra is utal, hogy az agresszivitás gyakran nem osztályos felvételt igénylő gyermekpszichiátriai betegség tüneteként jelenik meg.

Ajánlás14

Kórházi osztályos körülmények között agresszív megnyilvánulás során a lehető legkevesebb és legkevésbé korlátozó intézkedés használandó. (D)

A második esetben az agresszív cselekedet a már osztályon tartózkodó gyermeknél fordul elő. Hierarchikus regressziós analízis során az agresszióknak és nem együttműködő viselkedésnek (úgy mint az instrukciókkal szembeni ellenállás, a szabályok áthágása) szignifikáns prediktora volt a mentális retardáció [93]. Az agresszív viselkedés a korlátozó intézkedések elrendelésének egyik leggyakoribb indoka; az intézkedések mind a rögzítést, mind az elkülönítést magába foglalják [94, 95, 96, 97]. A korlátozó intézkedések hatékonyak ugyan az agresszív magatartás rövid távú csökkentését illetően, azonban fizikai és pszichológiai nemkívánatos hatásokat is okozhatnak a páciensnek, illetve a személyzetnek [98, 36]. A leggyakoribb forma a verbális, illetve a tárgyak irányában megjelenő agresszió, úgymint az erőszak-fenyegetés, illetve a tárgyak rugdosása vagy dobálása [93].

Az osztályos körülmények között előforduló erőszakos cselekedetek rizikófaktorainak azonosításában kevés adat áll rendelkezésre. A legtöbb a korábbi agresszív cselekedetre, mint rizikófaktorra vonatkozik, azonban a rizikófaktorok között a kor, a férfi nem, a hospitalizáció hossza, pszichiátriai diagnózis (ODD, CD, ADHD), valamint a pszichopátiás jegyek is szerepelnek [99, 100, 101].

Ajánlás15

Az osztályos megfigyelés során - különösen az agresszióra hajlamos populációban - folyamatosan monitorozni kell az agresszió korai jeleit. (D)

Általában az a tapasztalat, hogy az agresszív cselekedetek a legkritább esetben jelentkeznek minden előjel nélkül. Az esetek túlnyomó részében valamilyen korábbi provokáló esemény azonosítható, mely jelentős százalékban a személyzet felől érkező kérdés, utasítás, amit a páciens kényszerítőnek, vagy határátlépőnek érez [102].

Az erőszakos cselekedeteket az azonosítható provokáció mellett korai jelek is megelőzik. Az adatok alapján ezek a leggyakoribb korai jelek a nem-erőszakos agitáció, a nyugtalanság (körbejárás, a földre fekvés, nem tud nyugodtan ülni, sokat beszél), a dühös hangulat, az együttműködés visszautasítása [103, 104].

Barzman és munkatársai dolgoztak ki egy kérdőívet (Brief Rating of Aggression by Children and Adolescents - Preliminary Version (BRACHA 0.8, 0.9), mely segíthet a klinikusnak a hospitalizált gyermekek és serdülők agresszív viselkedésének kockázatának gyors felmérésében. A BRACHA 0.8 kérdőív 16 kérdést ölel fel, melyből anamnesztikusan a korábbi hospitalizáció, iskolai felfüggesztés, felnőttekkel való összetűzés, korábbi agresszív megnyilvánulás, sürgősségi osztályos felvételt igénylő viselkedés, erőszakos gondolatok, cselekedetek, 10 éves kor előtti agresszív viselkedés, a megbánás kinyilvánítása nélkül) és viselkedésbeli paraméterek jelentik az első 14 tételt. Ezeket 2 klinikai megfigyelésre (fenyegetés vagy fizikai agresszió az elmúlt 24 órában) lehetőséget adó tételek követik. Az összes kérdésnél a klinikus igen-nem válaszokat adhat. A legutóbbi BRACHA 0.9 verzióból kikerült két fizikális és szexuális abúzusról való kérdés is, ahol a vizsgáló a kérdésekhez három súlyossági választ adhatott [105, 106]. A vizsgálatok alapján a gyermekek, illetve serdülők pszichiátriai osztályos agresszió-kockázat becslésében magas szenzitivitással, illetve specifitással rendelkezik, valamint rövid, egyszerű volta miatt jól használható a klinikai gyakorlatban - magyar verzió jelenleg sajnos nem elérhető [106].

Ajánlás16

Az agresszív megnyilvánulások során javasolt a de-eszkalációs technikák használata, melyet a személyzet el kell, hogy sajátítson, rutinszerűen használni tudjon. A tudás fenntartására irányuló képzéseket rendszeresíteni kell. (B)

Az osztályos körülmények között kialakított agresszió-kezelési technikák célja az elkülönítés, és a korlátozó intézkedések csökkentése volt, mivel ezen intézkedések jelentős sérülésveszélyt, pszichológiai traumatizációt rejtenek magukban mind a páciens, mind a személyzet oldaláról. Jelenleg Európában, illetve Magyarországon nem alakult ki standardizált képzés a személyzet számára. Az angol NICE (2015) irányelv alapján a személyzet oktatása során a 2. számú táblázatban felsoroltak elsajátítására kell hangsúlyt fektetni [2]. A de-eszkalációra vonatkozó NICE ajánlásokat a 3. számú táblázat tartalmazza („B” fokozatú ajánlás).

Az agresszív magatartás rizikófaktorainak ismeretében, annak monitorozása, és ideális környezeti faktorok mellett is jelentkezhet erőszakos viselkedés. A viselkedés csökkentése céljából a személyzetnek a tréning során elsajátított csapatmunka szintjén kell együttműködni, ahol a különböző szerepek és az ahhoz tartozó feladatkörök is tisztázottak.

2. számú táblázat: Példák a NICE agresszivitás-kezelésre adott javaslataira

NICE ajánlás (2015) [2]	Példák
Az agitáció, irritáció, agresszió, düh korai jeleinek felismerése	nyugtalanság, fel-alá járkál, nem tud leülni, nem működik együtt, felemeli a hangját, szóban jelzi dühét, csapkod, motorosan agitált
Az agresszió és erőszak valószínű okainak megértése	új helyzet, szeparáció, trauma, kortársi provokáció, kiszámíthatatlanság érzése, védekezés
Elterelő és nyugtató technikák, valamint a relaxációra való buzdítás módjainak használata	„mit szólnál hozzá, ha ...” javaslatok, meséljen egy élményéről, mi hiányzik neki, mi lenne most jó, mit szeretne, mit tudunk tenni a helyzetért
A személyes tér fontosságának felismerése	kopogjunk, mielőtt belépünk, ne adjunk indokolatlan utasítást, fogadjuk el az elvonulását
A páciens dühére való válasz a megfelelő, kimért, nyugodt hang, valamint a provokáció kerülése	nyugodt, megnyugtató hang, nem emeljük fel a hangunkat, ne tegyünk megjegyzéseket, ne minősítsünk

Forrás: NICE, 2015 [2] és saját

3. számú táblázat: A NICE irányelv ajánlása a de-eszkalációs technikák alkalmazására

<p>Ha a páciens agitálttá vagy dühösség válik, a vele való kommunikációban egy ápolónak kell a vezető szerepben lennie. Ezen személynek kell értékelnie a szituációt biztonsági szempontból, a pácienssel együtt keresni a tisztázás lehetőségét, valamint a helyzet megoldásáról tárgyalni nem konfrontatív módon.</p>
<p>Érzelemszabályozási és ön-kezelő technikák használata a szorongás vagy frusztráció szóbeli és nem verbális megnyilvánulásainak (pl. testtartás és szemkontaktus) szabályozására a de-eszkaláció során.</p>
<p>Egy kijelölt hely vagy helység használata az érzelmi izgatottság vagy agitáció csökkentésére és támogatni a páciens a lenyugvásban. Azokban az intézményekben, ahol elkülönítést használnak, rutinszerűen ne használják ezt a szobát az előző célra, mert a páciens ezt fenyegetésnek veheti.</p>

Forrás: NICE, 2015 [2]

A de-eszkalációs technikák a viselkedés jelentkezése során használhatóak, azonban átfogó, intézményszintű hatással nem rendelkeznek. A 90-es évektől egyre inkább figyelem terelődött arra, hogy a szervezeti filozófia és az ottani szabályok befolyással vannak a korlátozó intézkedések számára [107]. Ezzel párhuzamosan különböző programok kerültek kidolgozásra, melyek elsősorban a támogatást, a kompetenciák erősítését helyezték előtérbe [108]. Brendtro és munkatársai kidolgoztak, majd Ryan és munkatársai továbbfejlesztettek egy ABCD (Autonomy, Belonging, Competence, and Doing for others) elnevezésű programot, melynek alappillérei az autonómia, a valahová tartozás, a kompetenciák erősítése és a másokért ténykedés voltak [109]. Az autonómia eléréséhez a token-rendszer bevezetése, majd pozitív verbális visszajelzésekre váltás és a pozitív személyzet-páciens kapcsolat formulációja vezetett. A valahová tartozás élményének kialakítása során hangsúlyozták a személyzet-páciens coaching kapcsolatot, a páciens részvételét a csoportban, és azt, hogy az agresszív megnyilvánulás sérti a szociális normákat. A gyermekek fejlesztőprogramokban vettek részt (iskolai munka, művészeti munka, csoportfeladat), valamint a feladatokon keresztül egy nagyobb csoportban dolgoztak, ahol megosztott a csoportfelelősség és az új páciensek mentorálásának feladatát is megkapták. A program bevezetését követő két évben az elkülönítések 26%-kal, a korlátozások pedig 36 %-kal csökkentek [98]. A Jonikas és munkatársai által leírt és a Crisis Prevention Institute (CPI) által kidolgozott kétfázisú tréninget követően 98 %-kal csökkent a korlátozó intézkedések gyakorisága, mely az egy éves követésben is tartható maradt [110].

Általánosságban elmondható azonban, hogy egyetlen programmal kapcsolatosan sincsenek magas evidenciával bíró adatok.

Ajánlás17

Javasolt az agresszív megnyilvánulások és az ehhez kapcsolódó korlátozó intézkedések multimodális intézményi megközelítése. (C)

Az amerikai National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) hat elemét jelölte meg annak a stratégiának (4. számú táblázat), mely alapján felépíthető egy olyan program, mely elsősorban az agresszív eszkalációk megelőzését célozza egy multimodális megközelítés keretében („B” fokozatú ajánlás) [111, 112]. A programot 8 állami kórházban tesztelték, ahol szignifikáns csökkenés mutatkozott az elkülönítés és a korlátozások tekintetében [113]. A legtöbb adat gyermekek és serdülők esetében a Six Core Strategy programmal kapcsolatban áll rendelkezésre.

Azeem és munkatársai vizsgálata alapján 3 éves vizsgálat során a fenti szempontok használatával jelentős mértékű csökkenés következett be mind az elkülönítés, mind a korlátozások számában már az első fél évet követően, mely a vizsgálat teljes időtartamára is megmaradt [111].

4. számú táblázat: Hat alapvető stratégia az elkülönítés és a korlátozás csökkentéséhez a NASMHPD ajánlása alapján

1. Olyan vezetés, ami kijelöli a változás menetrendjét, megteremti az új szervezeti kultúra légkörét, egy világos tervet fejleszt, és biztosítja az érintettek széleskörű bevonását
2. A létesítmények rendszeresen gyűjtenek adatokat az elkülönítésről és a korlátozó intézkedésekről, és ezeket az adatokat használják a személyzet tájékoztatásához és az incidensek felbecslésére
3. Terápiás környezet kialakítása a felépülés és a trauma-tudatos ellátására alapozva, az egyéni kezelési terv kialakítása, figyelembe véve a kliens igényeit
4. Az elérhető eszközök használata az elkülönítés és a korlátozás csökkentésének érdekében, beleértve a vizsgálati eszközöket, de-eszkalációs terveket, és a fizikális környezet használatát
5. Az ellátást igénybe vevők bevonása a szervezet korlátozáscsökkentési törekvéseinek több szempontjába
6. Az elkülönítés és a korlátozások elemzésére és a nemkívánatos események csökkentésére kérdőívek, becslőskálák következetes alkalmazása

Forrás: NASMHPD ajánlása

A nemzetközi ajánlások egybehangzóak annak tekintetében, hogy az elkülönítés, vagy a fizikai korlátozás csak legvégső eszköz lehet, ha az egyéb de-eszkalációs technikák nem működtek [2, 114]. Az elkülönítéssel, illetve a korlátozó intézkedésekkel kapcsolatos ajánlásokat „Veszélyeztető és közvetlen veszélyeztető magatartást mutató 0-18 év közötti fiatalkorúak esetében alkalmazott megelőző és korlátozó intézkedések személyi és tárgyi feltételei valamint a betegellátás folyamata az egészségügyi intézményekben - különös tekintettel az emelt biztonságú ágyakra” című irányelv tartalmazza.”

Az agressziókezelés a pszichiátriai osztályos körülmények között tehát egy multimodális megközelítést igénylő tevékenység. Ebbe nemcsak a viselkedésmonitorozás, a megfelelő felszerelés megléte, illetve a de-eszkalációs technikák ismerete, illetve gyakorlati alkalmazása tartoznak bele, hanem egy olyan szervezeti kultúra is, ami lehetővé teszi a személyzet folyamatos, magas szintű munkavégzését.

Ellátási folyamat algoritmusa (ábrák): Nincs

VII. JAVASLAT AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ

1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban

Jelen irányelv fő előnyét abban látjuk, hogy a mindennapi közösségi terektől kezdődően, a speciális gyermekközösségeken (pl. gyermekotthonok) és a gyermek egészségügyi és sürgősségi ellátás egészségügyi ellátás területén keresztül, egészen a gyermekpszichiátriai akut ellátást végző kórházi osztályokig egységes szemléletben kezeli az agresszív viselkedést. Emellett ugyanannak a módszertannak az adott egység speciális igényekre vonatkozó eltéréseit is figyelembe véve fogalmaz meg ajánlásokat, a de-eszkaláció univerzális technikáját alkalmazva.

1.1. Ellátók kompetenciája (pl. licence, akkreditáció stb.), kapacitása

Az elsődleges prevenció keretében a normál iskolai tantervbe illesztett gyermek- és fiatalkori önhatékonyság növelő programot kell bevezetni, amelyet a megfelelő ismeretek elsajátítása és begyakorlása után a pedagógusok tarthatnának a gyermekeknek, fiataloknak - ennek oktatása pedagógusok mentálhigiénés képzésének részét képezhetné. Másodlagos prevencióban célzottan az agresszív viselkedés kialakulása szempontjából veszélyeztetett fiatalok (szociális nehézségekkel küzdő fiatalok az alapellátásban, gyermekvédelmi szakellátásban élő fiatalok, bizonyos gyermekpszichiátriai zavarban szenvedők csoportjai) körében, egy intenzívebb programra lenne szükség, melynek helyszíne a gyermekvédelmi alap- és szakellátást nyújtó intézmények lehetnének. Erre várhatóan lehetőség lesz majd a „gyermek- és ifjúságpszichiátriai és addiktológiai konzultáns” képzés keretében. Itt a fokozott veszélyeztetettség okaira (elhanyagolás, bántalmazás, ezek érzelmi terhei, ezekkel együtt járó személyiségfejlődésbeli problémák, esetleges definitív pszichiátriai zavarok) tekintettel a programok kivitelezése a megfelelő elméleti- és gyakorlati tudás megszerzését követően, a pedagógiai kompetenciát meghaladóan pszichoterápiás alapismeretekkel már az egyetemi képzésben bőségesen részesülő szociális munkás, GYIPA konzultáns és/vagy pszichológus feladata lehetne. A harmadlagos prevenció

- és egyben kezelés - elviekben aktuálisan is megvalósul azáltal, hogy a konkrét rendszeres agresszív cselekményeket elkövető fiatalok majdnem biztosan kapcsolatba kerülnek a pszichológiai/pszichiátriai ellátórendszerrel. Akiknek a cselekményei nem kriminális jellegűek, és diagnosztizálható náluk gyermekpszichiátriai zavar, azokat általában gyermekpszichiátriai gondozásba veszik. Akiknek a cselekményei kriminális jellegűek, azokat a cselekmények súlyosságától függően vagy zárt gyermekvédelmi intézménybe vagy büntetés végrehajtási intézménybe kerülnek. Pszichológiai ellátás elviekben mindkét típusú intézményben történhet és történik. Ugyanakkor ennek tényleges hozzáférhetősége az erőforrások egyenlőtlen eloszlása következtében esetleges. Ráadásul nincsen egységes módszertani ajánlás arra vonatkozóan sem, hogy az ilyen - sokszor antiszociális személyiségzavar kezdődő tüneteit hordozó, és ezáltal a szakemberek számára is rendkívül megterhelő - fiatalokkal hogyan érdemes közösen dolgozni. Azaz az egységes szemléletű, az elsődleges és a másodlagos prevenció módszereire épülő harmadlagos prevenció program hazai kidolgozása is fontos további feladat. Itt a program/kezelés már mindenképpen szakpszichológiai (klinikai szakpszichológia, igazságügyi szakpszichológia,) vagy szakorvosi (pszichiáter, gyermekpszichiáter) kompetenciát igényel.

A de-eszkaláció lépései önmagukban nem térnek el jelentősen a hétköznapi életben megszokott, felnőttek által gyerekekkel alkalmazott agresszív viselkedést kezelő módszerektől, fő előnyének azt tartjuk, hogy apró módosításokkal univerzálisan használható és előzhető meg általa a korlátozó intézkedések bevezetése. Fontos előnye még, hogy a nehéz helyzetekben spontán megoldások helyett - amelyek bár sokszor beválnak, a hibázás lehetőségét is sokkal inkább magukban hordozzák - egy strukturált, hierarchikusan követhető keretet ad az alkalmazó számára. Így a környezeti tényezőktől függetlenül növeli az adott illető kompetencia érzését.

A házi orvosok, iskolaorvosok, védőnők, iskolai ápolók szerepe a közösségi agresszió kezelésében.

Az egészségügyi végzettséggel rendelkező szakembereknek (orvosok, ápolók, védőnők) a közösségi agresszió kezelésben ritkán jut szerep, mivel többnyire az agresszív cselekmények kialakulásakor nincsenek jelen. Természetesen amennyiben az agresszív cselekmény az oktatási intézmény védőnői/orvosi szobájában történik, és a gyermek- vagy fiatalkorúval éppen együtt tartózkodó felnőtt egészségügyi végzettséggel rendelkező személy, akkor a fentebb részletezett de-eszkalációt nekik kell levezetni, vagy legalábbis elkezdni. Éppen ezért az iskolában, mint gyermekeket és fiatalokat fogadó közösségi térben rendszeresen dolgozó egészségügyi szakembereket is be kell vonni a de-eszkalációs technikákat a gyakorlatban tanító képzési rendszerbe, illetve a későbbiekben szerveződő szupervíziós csoportokba is.

Az elsődleges és a másodlagos prevencióban a védőnőknek (hasonlóan az iskolai gyermekvédelmi felelősökhöz) nagyon is aktív szerep juthat a programok kivitelezésében, így az ilyen irányú továbbképzés szintén fontos.

1.2. Speciális tárgyi feltételek, szervezési kérdések (gátló és elősegítő tényezők, és azok megoldása)

Nem lehet eléggé hangsúlyozni, hogy az elméleti ismeretek elsajátításán túl, akkor válhat a de-eszkaláció technikája napi szintű készséggé, ha az gyakorlati képzéssel egybekötött módon elsajátítható a gyermek- és fiatalkorúakkal akár közösségi, akár speciális közösségi, akár egészségügyi, akár kifejezetten gyermekpszichiátriai ellátó térben dolgozó szakemberek számára. Ehhez tudomásunk szerint jelenleg közfinanszírozott, egységes szemléletet adó, általánosan elterjedt képzés hazánkban aktuálisan nem áll rendelkezésre. Fontos lenne egy ilyen jellegű program kidolgozása, és gyermek- és fiatalkorúakkal dolgozó szakemberek kötelező továbbképzési rendszerében közfinanszírozottan hozzáférhetővé tétele.

A képzéseket és a de-eszkalációs technikák használatának bevezetését követően visszajelző rendszert is érdemes lenne kiépíteni, különös tekintettel azokra az intézményekre, ahol agresszív viselkedés rendszeresen előfordul. Nagyon fontos ebbe olyan külső szupervizorokat bevonni, akik az adott intézménytől függetlenek, a kiképzésben részt vettek és tapasztalattal bírnak agresszíven viselkedő gyerekek kezelésében. A cselekményt követő azonnali stábmegbeszélésen (amelynek fontosságára fentebb utalunk) természetesen nem tudnának részt venni, de adott időközönként az ő bevonásukkal lehetne az elméleti és a gyakorlati ismereteket felfrissítő szupervíziós csoportokat tartani.

1.3. Az ellátottak egészségügyi tájékozottsága, szociális és kulturális körülményei, egyéni elvárásai

Kifejezett egészségügyi tájékozottságot az érintettek részéről az agresszivitás adekvát kezelése nem igényel. Az agresszivitás, mint probléma megoldási vagy megküzdési stratégia, vagy akár gyermeknevelési módszer széles körű elfogadottsága országos probléma, amelyen sokéves tudatosító és szemléletformáló munka változtathat.

1.4. Egyéb feltételek

Nincs.

2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája

Aktuálisan magyar nyelven egyetlen ismeretterjesztő könyv áll rendelkezésre, amely a gyermekkori agresszió kezelésével foglalkozik:

Warwick Pudney - Élian Whitehouse - Mindjárt felrobbanok, Geobook Hungary, 2013, Budapest, Magyarország

2.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Nincs.

2.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

Nincs.

2.3. Táblázatok

1. számú táblázat: A gyermekkori agresszivitás adverz kimenetelével szemben védő tényezők

2. számú táblázat: Példák a NICE agresszivitás-kezelésre adott javaslataira

3. számú táblázat: A NICE (2015) irányelv ajánlása a de-eszkalációs technikák alkalmazására

4. számú táblázat: Hat alapvető stratégia az elkülönítés és a korlátozás csökkentéséhez a NASMHPD ajánlása alapján

2.4. Algoritmusok

1. számú ábra: Az eskalálódási folyamat és a de-eszkaláció hierarchikus lépései

2.5. Egyéb dokumentumok

Nincs egyéb dokumentum.

3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok

A jelen irányelv legfőbb célja, hogy alkalmazásával a mindennapi közösségi terektől kezdődően, a speciális gyermekközösségeken (pl. gyermekotthonok) és az egészségügyi ellátás területén keresztül, egészen a gyermekpszichiátriai akut ellátást végző kórházi osztályokig csökkenjen az agresszív cselekmények száma, a korlátozó intézkedések szükségessége. Ez a cél mindenképpen kívánatos, hiszen az agresszív cselekmények számának csökkenésével az áldozatok terheinek mérséklődése mellett valójában az elkövetők terhei is csökkennek, valamint az őket gondozó személyzetét (pedagógus, nevelő, ápoló, stb.) is.

Ennek megfelelő mérése érdekében az összes intézményben bármilyen program bevezetését megelőzően regisztrálni kell az agresszív cselekményeket, és a történt intézkedéseket (mentőhívás, korlátozó intézkedések alkalmazása, stb.). Majd az ennek dokumentálására szolgáló feljegyzéseket, naplóbejegyzéseket megfelelő statisztikai módszer alkalmazásával össze kell vetni a programot követően észlelhetőekkel.

Amennyiben a szakmai irányelvnek megfelelő eljárásokat használják, annyiban a nemzetközi szakirodalmi adatok, valamint tapasztalatunk alapján, csökkennie kell az agresszív cselekményeknek, amely mind az életminőség javulását, mind pedig az adott intézmény céljával kitűzött munka (oktatás-nevelés, gyógyítás) hatékonyságát javítja.

VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE

Az irányelv felülvizsgálata három év múlva tervezett. Ekkor át kell tekinteni az eddig összegyűlt irodalmi adatokat, különös tekintettel az agresszív viselkedés akut és hosszú távú mérséklésére vonatkozó bizonyítékokra, mivel a jelen dokumentumban található ajánlások mögött nem áll minden esetben magas minőségű evidencia a randomizált vizsgálatok hiánya miatt. A dokumentum felülvizsgálatát az Egészségügyi Szakmai Kollégium Gyermek pszichiátria és addiktológia Tagozata kezdeményezi, a tényleges felülvizsgálatot pedig a Tagozat által kijelölt személyek végzik el. A kijelölt személyek feladata az irodalom kutatása, az időközben megjelent szakmai javaslatokban vagy vonatkozó jogszabályokban történt változások azonosítása, a folyamat során a közös, egymást tájékoztató és egymás feladatait támogató munka, az aktualizálás elvégzése és minderről a Tagozat tájékoztatása. Az irányelv felülvizsgálatának kezdeményezéséig a szakirodalom követése és az abban való magas szintű jártasság fenntartása a dokumentum szerzőinek folyamatos feladata. Az időközben megjelent releváns szakirodalommal, esetleges jogszabály módosításokkal kiegészített dokumentumot a Tagozat által kijelölt személyek a Tagozat rendelkezésére bocsátják, majd pedig a véleményező tagozatok számára megküldi. A véleményező tagozatoktól érkező visszajelzések alapján a Gyermek pszichiátria és addiktológia Tagozat által kijelölt szerzők véglegesítik a dokumentum felülvizsgált és frissített változatát.

IX. IRODALOM

1. Baron RA. Human Aggression [Internet]. Boston, MA: Springer US; 1977 [cited 2017 Dec 20]. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/978-1-4615-7195-7>
2. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). 2015. "Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings." NG10. London. <http://www.nice.org.uk/guidance/ng10>
3. World Health Organization, editor. World report on violence and health: summary. Geneva; 2002.
4. Glenn AL, Raine A. Psychopathy and instrumental aggression: Evolutionary, neurobiological, and legal perspectives. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2009;32:253–8.
5. Huesmann, L. R., C. D. Maxwell, L. Eron, L. L. Dahlberg, N. G. Guerra, P. H. Tolan, R. VanAcker, and D. Henry. 1996. "Evaluating a cognitive/ecological program for the prevention of aggression among urban children." *Am J Prev Med* 12 (5 Suppl):120-8.
6. Bonell, C., A. Fletcher, N. Fitzgerald-Yau, D. Hale, E. Allen, D. Elbourne, R. Jones, L. Bond, M. Wiggins, A. Miners, R. Legood, S. Scott, D. Christie, and R. Viner. 2015. "Initiating change locally in bullying and aggression through the school environment (INCLUSIVE): a pilot randomised controlled trial." *Health Technol Assess* 19 (53):1-109, vii-viii. doi: 10.3310/hta19530.
7. Harari YN. *Homo Deus: a brief history of tomorrow*. London: Harvill Secker; 2016.
8. Ferguson CJ, San Miguel C, Hartley RD. A multivariate analysis of youth violence and aggression: The influence of family, peers, depression, and media violence. *Journal of Pediatrics*. 2009;
9. Dijk J van, Kesteren J van, Smit P. *Criminal victimisation in international perspective*. Boom Juridische Uitgevers; 2007.
10. Magyar Országgyűlés. 1997. évi XXXI. törvény - a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról [Internet]. [cited 2017 Dec 30]. Available from: https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700031.TV
11. Ranschburg, Jenő. Félelem, harag, agresszió. Tankönyvkiadó; 1979.
12. Thomas R, Zimmer-Gembeck MJ. Behavioral Outcomes of Parent-Child Interaction Therapy and Triple P—Positive Parenting Program: A Review and Meta-Analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2007;35:475–95.
13. Charlton T. Reproaching television for violence in society: passing the buck? Interim results from a naturalistic study in St Helena, South Atlantic. *Journal of Clinical Forensic Medicine*. 1998;5:169–71.
14. Hopf WH, Huber GL, Weiß RH. Media Violence and Youth Violence: A 2-Year Longitudinal Study. *Journal of Media Psychology*. 2008;20:79–96.
15. DeCamp W, Ferguson CJ. The Impact of Degree of Exposure to Violent Video Games, Family Background, and Other Factors on Youth Violence. *Journal of Youth and Adolescence*. 2017
16. Ferguson CJ. Blazing angels or resident evil? Can violent video games be a force for good? *Review of General Psychology*. 2010
17. Robertson LA, McAnally HM, Hancox RJ. Childhood and Adolescent Television Viewing and Antisocial Behavior in Early Adulthood. *PEDIATRICS*. 2013;131:439–46.
18. Viding E, Blair RJR, Moffitt TE, Plomin R. Evidence for substantial genetic risk for psychopathy in 7-years-olds. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 2005
19. Lösel F, Farrington DP. Direct Protective and Buffering Protective Factors in the Development of Youth Violence. *American Journal of Preventive Medicine*. 2012;43:S8–23.
20. Ortiz J, Raine A. Heart Rate Level and Antisocial Behavior in Children and Adolescents: A Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2004;43(2):154-162. doi:10.1097/00004583-200402000-00010
21. Raine A, Reynolds C, Venables PH, Mednick SA. Biosocial bases of aggressive behavior in childhood: Resting heart rate, skin conductance orienting and physique. In: *Biosocial Bases of Violence*. NATO ASI series: Series A: Life sciences, Vol. 292. New York, NY, US: Plenum Press; 1997:107-126. doi:10.1007/978-1-4757-4648-8_7
22. Moffitt TE, Caspi A, Dickson N, Silva P, Stanton W. Childhood-onset versus adolescent-onset antisocial conduct problems in males: natural history from ages 3 to 18 years. *Dev Psychopathol* 1996;8(2):399 – 424
23. Pinker, S. (2005). *The blank slate*. Southern Utah University
24. Kim-Cohen, J., Caspi, A., Taylor, A., Williams, B., Newcombe, R., Craig, I. W., & Moffitt, T. E. (2006). MAOA, maltreatment, and gene–environment interaction predicting children's mental health: new evidence and a meta-analysis. *Molecular psychiatry*, 11(10), 903-913
25. Kraemer GW. Social attachment, brain function, aggression and violence. *Biosocial bases of violence*. Springer; 1997. p. 207–29.
26. Werner EE, Smith RS. *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery*. Cornell University Press; 2001.

27. Sampson RJ, Laub JH. *Crime in the making: Pathways and turning points through life*. Harvard University Press; 1995.
28. Loeber R, Farrington DP, Stouthamer-Loeber M, White HR. *Violence and serious theft: Development and prediction from childhood to adulthood*. Taylor & Francis; 2008.
29. Osborn AF. Resilient children: A longitudinal study of high achieving socially disadvantaged children. *Early Child Development and Care*. 1990;62:23–47.
30. Klika JB, Herrenkohl TI, Lee JO. School Factors as Moderators of the Relationship Between Physical Child Abuse and Pathways of Antisocial Behavior. *Journal of Interpersonal Violence*. 2013;28:852–67.
31. Tippett N, Wolke D. Socioeconomic status and bullying: a meta-analysis. *American journal of public health*. 2014;104:e48–e59.
32. Fonagy P, Twemlow SW, Vernberg EM, Nelson JM, Dill EJ, Little TD, et al. A cluster randomized controlled trial of child-focused psychiatric consultation and a school systems-focused intervention to reduce aggression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2009;50:607–16
33. Farrington DP, Loeber R, Yin Y, Anderson SJ. Are within-individual causes of delinquency the same as between-individual causes? *Criminal Behaviour and Mental Health*. 2002;12:53–68.
34. Bender D, Lösel F. Protective and risk effects of peer relations and social support on antisocial behaviour in adolescents from multi-problem milieus. *Journal of Adolescence*. 1997;661–678.
35. Lösel F, Bender D. Protective factors and resilience. In: Farrington DP, Coid JW, eds. *Early prevention of adult antisocial behaviour*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2003:130–204
36. Masters KJ, Bellonci C. Practice Parameter for the Prevention and Management of Aggressive Behavior in Child and Adolescent Psychiatric Institutions, With Special Reference to Seclusion and Restraint. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2002;41:4S–25S. nem megjelenített
37. Abdulmalik, J., C. Ani, A. J. Ajuwon, and O. Omigbodun. 2016. "Effects of problem-solving interventions on aggressive behaviours among primary school pupils in Ibadan, Nigeria." *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 10 (1):31. doi: 10.1186/s13034-016-0116-5.
38. Augimeri, Leena K., David P. Farrington, Christopher J. Kogel, and David M. Day. 2007. "The SNAPTM Under 12 Outreach Project: Effects of a community based program for children with conduct problems." *Journal of Child and Family Studies* 16 (6):799-807.
39. August, G. J., S. S. Lee, M. L. Bloomquist, G. M. Realmuto, and J. M. Hektner. 2003. "Dissemination of an evidence-based prevention innovation for aggressive children living in culturally diverse, urban neighborhoods: the Early Risers effectiveness study." *Prev Sci* 4 (4):271-86.
40. Cooke, M. B., Ford, J., Levine, J., Bourke, C., Newell, L., & Lapidus, G. (2007). The effects of city-wide implementation of "second step" on elementary school students' prosocial and aggressive behaviors. *J Prim Prev*, 28(2), 93-115. doi:10.1007/s10935-007-0080-1
41. Crean, H. F., and D. B. Johnson. 2013. "Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS) and elementary school aged children's aggression: results from a cluster randomized trial." *Am J Community Psychol* 52 (1-2):56-72. doi: 10.1007/s10464-013-9576-4.
42. Eron, Leonard, Rowell Huesmann, Anja Spindler, Nancy Guerra, David Henry, and Patrick Tolan. 2002. "A cognitive-ecological approach to preventing aggression in urban settings: Initial outcomes for high-risk children." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70 (1):179-194.
43. Farrell, A. D., A. L. Meyer, and L. L. Dahlberg. 1996. "Richmond youth against violence: a school-based program for urban adolescents." *Am J Prev Med* 12 (5 Suppl):13-21.
44. Flay, B. R., S. Graumlich, E. Segawa, J. L. Burns, and M. Y. Holliday. 2004. "Effects of 2 prevention programs on high-risk behaviors among African American youth: a randomized trial." *Arch Pediatr Adolesc Med* 158 (4):377-84. doi: 10.1001/archpedi.158.4.377.
45. Gainer, P. S., D. W. Webster, and H. R. Champion. 1993. "A youth violence prevention program. Description and preliminary evaluation." *Arch Surg* 128 (3):303-8.
46. Kelder, S. H., P. Orpinas, A. McAlister, R. Frankowski, G. S. Parcel, and J. Friday. 1996. "The students for peace project: a comprehensive violence-prevention program for middle school students." *Am J Prev Med* 12 (5 Suppl):22-30.
47. Kellam, S. G., C. H. Brown, J. M. Poduska, N. S. Ialongo, W. Wang, P. Toyinbo, H. Petras, C. Ford, A. Windham, and H. C. Wilcox. 2008. "Effects of a universal classroom behavior management program in first and second grades on young adult behavioral, psychiatric, and social outcomes." *Drug Alcohol Depend* 95 Suppl 1:S5-s28. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2008.01.004.
48. Kliewer, W., S. J. Lepore, A. D. Farrell, K. W. Allison, A. L. Meyer, T. N. Sullivan, and A. Y. Greene. 2011. "A school-based expressive writing intervention for at-risk urban adolescents' aggressive behavior and emotional lability." *J Clin Child Adolesc Psychol* 40 (5):693-705. doi: 10.1080/15374416.2011.597092.
49. Laezer, K. L., M. Leuzinger-Bohleber, B. Ruger, and T. Fischmann. 2013. "Evaluation of two prevention programs 'Early Steps' and 'Faustlos' in daycare centers with children at risk: the study protocol of a cluster randomized controlled trial." *Trials* 14:268. doi: 10.1186/1745-6215-14-268.

50. Meyer, G., A. J. Roberto, F. J. Boster, and H. L. Roberto. 2004. "Assessing the Get Real about Violence curriculum: process and outcome evaluation results and implications." *Health Commun* 16 (4):451-74. doi: 10.1207/s15327027hc1604_4.
51. Nadel, H., M. Spellmann, T. Alvarez-Canino, L. L. Lausell-Bryant, and G. Landsberg. 1996. "The cycle of violence and victimization: a study of the school-based intervention of a multidisciplinary youth violence-prevention program." *Am J Prev Med* 12 (5 Suppl):109-19.
52. Orpinas, P., G. S. Parcel, A. McAlister, and R. Frankowski. 1995. "Violence prevention in middle schools: a pilot evaluation." *J Adolesc Health* 17 (6):360-71. doi: 10.1016/1054-139x(95)00194-w.
53. Oscos-Sanchez, M. A., J. Lesser, and L. D. Oscos-Flores. 2013. "High school students in a health career promotion program report fewer acts of aggression and violence." *J Adolesc Health* 52 (1):96-101. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.04.006.
54. Santos, R. G., M. J. Chartier, J. C. Chateau, and L. Boyd. 2011. "Effectiveness of school-based violence prevention for children and youth: a research report." *Healthc Q* 14 Spec No 2:80-91.
55. Sheehan, K., J. A. DiCara, S. LeBailly, and K. K. Christoffel. 1999. "Adapting the gang model: peer mentoring for violence prevention." *Pediatrics* 104 (1 Pt 1):50-4.
56. Hahn, R., D. Fuqua-Whitley, H. Wethington, J. Lowy, A. Liberman, A. Crosby, M. Fullilove, R. Johnson, E. Moscicki, L. Price, S. R. Snyder, F. Tuma, S. Cory, G. Stone, K. Mukhopadhyaya, S. Chattopadhyay, and L. Dahlberg. 2007. "The effectiveness of universal school-based programs for the prevention of violent and aggressive behavior: a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services." *MMWR Recomm Rep* 56 (Rr-7):1-12.
57. Park-Higgerson, H. K., S. E. Perumean-Chaney, A. A. Bartolucci, D. M. Grimley, and K. P. Singh. 2008. "The evaluation of school-based violence prevention programs: a meta-analysis." *J Sch Health* 78 (9):465-79; quiz 518-20. doi: 10.1111/j.1746-1561.2008.00332.x.
58. Wilson, S. J., M. W. Lipsey, and J. H. Derzon. 2003. "The effects of school-based intervention programs on aggressive behavior: a meta-analysis." *J Consult Clin Psychol* 71 (1):136-49.
59. Wilson, S. J., and M. W. Lipsey. 2007. "School-based interventions for aggressive and disruptive behavior: update of a meta-analysis." *Am J Prev Med* 33 (2 Suppl):S130-43. doi: 10.1016/j.amepre.2007.04.011.
60. Alvarez, Heather Krishna. 2004. "Childhood aggression in schools: The impact of behavioral patterns and contextual influences on teachers' cognitive, affective, and behavioral responses." *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 65 (2-B):1020.
61. Barnett, S. R., S. dosReis, M. A. Riddle, and Health Maryland Youth Practice Improvement Committee for Mental. 2002. "Improving the management of acute aggression in state residential and inpatient psychiatric facilities for youths." *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 41 (8):897-905.
62. Cappadocia, M. C., J. A. Weiss, and D. Pepler. 2012. "Bullying experiences among children and youth with autism spectrum disorders." *J Autism Dev Disord* 42 (2):266-77. doi: 10.1007/s10803-011-1241-x.
63. Kumpulainen, Kirsti, Eila Räsänen, and Kaija Puura. 2001. "Psychiatric disorders and the use of mental health services among children involved in bullying." *Aggressive Behavior* 27 (2):102-110. doi: 10.1002/ab.3.
64. Fluttert, F., B. Van Meijel, C. Webster, H. Nijman, A. Bartels, and M. Grypdonck. 2008. "Risk management by early recognition of warning signs in patients in forensic psychiatric care." *Arch Psychiatr Nurs* 22 (4):208-16. doi: 10.1016/j.apnu.2007.06.012.
65. Lochman J. Cognitive-behavioral intervention with aggressive boys: Three-year follow-up and preventive effects. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 60, 426-432. 1992.
66. Lochman JE, Wells KC. The Coping Power Program for Preadolescent Aggressive Boys and Their Parents: Outcome Effects at the 1-Year Follow-Up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2004;72:571-8.
67. Zonneville-Bender MJS, Matthys W, van de WIEL NMH, Lochman JE. Preventive Effects of Treatment of Disruptive Behavior Disorder in Middle Childhood on Substance Use and Delinquent Behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2007;46:33-9.
68. Meloy JR. *The psychopathic mind: origins, dynamics and treatment*. Lanham, MD: Jason Aronson; 2004.
69. Widom CS. *The cycle of violence*. *Science*. 1989;244:160-6.
70. Rutter M, Giller H, Hagell A. *Antisocial Behavior by Young People: A Major New Review*. Cambridge University Press; 1998.
71. Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW, et al. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*. 2002;297:851-4.
72. Harford TC, Yi H, Grant BF. Associations between childhood abuse and interpersonal aggression and suicide attempt among U.S. adults in a national study. *Child Abuse & Neglect*. 2014;38:1389-98.
73. Cheung C, Goodman D, Leckie G, Jenkins JM. Understanding contextual effects on externalizing behaviors in children in out-of-home care: Influence of workers and foster families. *Children and Youth Services Review*. 2011;33:2050-60.

74. Pilowsky DJ, Wu L-T. Psychiatric symptoms and substance use disorders in a nationally representative sample of American adolescents involved with foster care. *Journal of Adolescent Health*. 2006;38:351–8.
75. Turney K, Wildeman C. Mental and Physical Health of Children in Foster Care. *Pediatrics*. 2016;138:e20161118.
76. Solomon DT, Niec LN, Schoonover CE. The Impact of Foster Parent Training on Parenting Skills and Child Disruptive Behavior: A Meta-Analysis. *Child Maltreatment*. 2017;22:3–13.
77. Rork KE, McNeil CB. Evaluation of Foster Parent Training Programs: A Critical Review. *Child & Family Behavior Therapy*. 2011;33:139–70.
78. Sonuga-Barke EJS, Brandeis D, Cortese S, Daley D, Ferrin M, Holtmann M, et al. Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *Am J Psychiatry*. 2013;170:275–89.
79. Daley D, van der Oord S, Ferrin M, Danckaerts M, Doepfner M, Cortese S, et al. Behavioral Interventions in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials Across Multiple Outcome Domains. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2014;53:835–847.e5.
80. Zito JM, Safer DJ, Sai D, Gardner JF, Thomas D, Coombes P, et al. Psychotropic Medication Patterns Among Youth in Foster Care. *Pediatrics*. 2008;121:e157–63.
81. Gyermekpszichiátria és addiktológia Tagozat, Pszichiátria, pszichoterápia Tagozat. Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a hiperkinetikus zavar (figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar) kórimzéséről, kezeléséről és gondozásáról gyermek, serdülő és felnőttkorban. 2017.
82. Schur SB, Sikich L, Findling RL, Malone RP, Crismon ML, Derivan A, et al. Treatment recommendations for the use of antipsychotics for aggressive youth (TRAAY). Part I: a review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42:132–44.
83. Pappadopulos E, Macintyre JC, Crismon ML, Findling RL, Malone RP, Derivan A, et al. Treatment Recommendations for the Use of Antipsychotics for Aggressive Youth (TRAAY). Part II. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2003;42:145–61.
84. Liu S, Ali S, Rosychuk RJ, Newton AS. Characteristics of Children and Youth Who Visit the Emergency Department for a Behavioural Disorder. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014;23:111–7.
85. Carubia, B., Becker, A., & Levine, B. H. (2016). Child Psychiatric Emergencies: Updates on Trends, Clinical Care, and Practice Challenges. *Current Psychiatry Reports*, 18(4), 41. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0670-9>
86. 1997. évi CLIV. törvény - az egészségügyről [Internet]. [cited 2017 Dec 30]. Available from: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700154.TV
87. Hert MD, Dirix N, Demunter H, Correll CU. Prevalence and correlates of seclusion and restraint use in children and adolescents: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011;20:221–30.
88. Rice BJ, Woolston J, Stewart E, Kerker BD, Horwitz SM. Differences in Younger, Middle, and Older Children Admitted to Child Psychiatric Inpatient Services. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2002;32:241–61.
89. Matson JL, Adams HL. Characteristics of aggression among persons with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2014;8:1578–84.
90. Weisbrot DM, Ettinger AB. Aggression and violence in mood disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2002;11:649–671, xi.
91. Park SY, Cervesi C, Galling B, Molteni S, Walyzada F, Ameis SH, et al. Antipsychotic Use Trends in Youth With Autism Spectrum Disorder and/or Intellectual Disability: A Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2016;55:456–468.e4.
92. Giannitelli M, Consoli A, Raffin M, Jardri R, Levinson DF, Cohen D, et al. An overview of medical risk factors for childhood psychosis: Implications for research and treatment. *Schizophrenia Research* [Internet]. 2017 [cited 2017 Dec 30]; Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996417302700>
93. Sukhodolsky DG, Cardona L, Martin A. Characterizing Aggressive and Noncompliant Behaviors in a Children's Psychiatric Inpatient Setting. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2005;36:177–93.
94. Allen JJ. Seclusion and Restraint of Children: A Literature Review. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2000;13:159–67.
95. Brown RL, Genel M, Riggs JA. Use of Seclusion and Restraint in Children and Adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000;154:653–6.
96. Millstein KH, Cotton NS. Predictors of the Use of Seclusion on an Inpatient Child Psychiatric Unit. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1990;29:256–64.
97. Sourander A, Ellilä H, Välimäki M, Piha J. Use of holding, restraints, seclusion and time-out in child and adolescent psychiatric in-patient treatment. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2002;11:162–7.
98. Donovan A, Plant R, Peller A, Siegel L, Martin A. Two-Year Trends in the Use of Seclusion and Restraint Among Psychiatrically Hospitalized Youths. *PS*. 2003;54:987–93.

99. Angela J. Dean, Suzanne G. Duke, James Scott, William Bor, Michelle George, Brett M. McDermott. Physical Aggression During Admission to a Child and Adolescent Inpatient Unit: Predictors and Impact on Clinical Outcomes. *Aust N Z J Psychiatry*. 2008;42:536–43.
100. Tompsett CJ, Domoff S, Boxer P. Prediction of restraints among youth in a psychiatric hospital: application of translational action research. *J. Clin. Psychol.* 2011;67:368–82.
101. Ed Stafford, Dewey G. Cornell. Psychopathy Scores Predict Adolescent Inpatient Aggression. *Assessment*. 2003;10:102–12.
102. Ryan EP, Hart VS, Messick DL, Aaron J, Burnette M. A Prospective Study of Assault Against Staff by Youths in a State Psychiatric Hospital. *PS*. 2004;55:665–70.
103. Hankin CS, Bronstone A, Koran LM. Agitation in the Inpatient Psychiatric Setting: A Review of Clinical Presentation, Burden, and Treatment. *Journal of Psychiatric Practice®*. 2011;17:170.
104. Faay MDM, Valenkamp MW, Nijman H. Warning Signs prior to Aggressive Behavior in Child Psychiatric Units. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2017;31:43–7.
105. Barzman DH, Brackenbury L, Sonnier L, Schnell B, Cassidy A, Salisbury S, et al. Brief Rating of Aggression by Children and Adolescents (BRACHA): development of a tool for assessing risk of inpatients' aggressive behavior. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 2011;39:170.
106. Barzman D, Mossman D, Sonnier L, Sorter M. Brief rating of aggression by children and adolescents (BRACHA): a reliability study. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*. 2012;40:374–382.
107. Morrison EF. The culture of caregiving and aggression in psychiatric settings. *Archives of Psychiatric Nursing*. 1998;12:21–31.
108. Delaney KR. Evidence Base for Practice: Reduction of Restraint and Seclusion Use During Child and Adolescent Psychiatric Inpatient Treatment. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2006;3:19–30.
109. Ryan RM, Deci EL, Grolnick WS: Autonomy, relatedness, and the self: their relation to development and psychopathology, in *Developmental Psychopathology, Vol 1, Theory and Methods*. Edited by Cicchetti D, Cohen DJ. New York, Wiley, 1995
110. Jonikas JA, Cook JA, Rosen C, Laris A, Kim J-B. Brief Reports: A Program to Reduce Use of Physical Restraint in Psychiatric Inpatient Facilities. *PS*. 2004;55:818–20.
111. Azeem MW, Aujla A, Rammerth M, Binsfeld G, Jones RB. Effectiveness of Six Core Strategies Based on Trauma Informed Care in Reducing Seclusions and Restraints at a Child and Adolescent Psychiatric Hospital: Effectiveness of Six Core Strategies Based on Trauma Informed Care in Reducing Seclusions and Restraints at a Child and Adolescent Psychiatric Hospital. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2011;24:11–5.
112. Huckshorn KA. Reducing Seclusion & Restraint Use in Mental Health Settings: Core Strategies for Prevention. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2004;42:22–33.
113. Conley J. (2004). The NTAC training curriculum for the reduction of seclusion and restraint. *Evaluation Fast Facts from the Evaluation Center at HSRI*, 3, 1–4.
114. American Academy of Pediatrics 1997 - Medicine, C. on P. E. (1997). The Use of Physical Restraint Interventions for Children and Adolescents in the Acute Care Setting. *Pediatrics*, 99(3), 497–498. <https://doi.org/10.1542/peds.99.3.497>

X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE

1. Fejlesztőcsoport megalakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok dokumentálásának módja

A szakmai irányelv kidolgozását kezdeményezte az Egészségügyi Szakmai Kollégium Gyermek pszichiátria és addiktológia Tagozat a témaválasztási javaslat dokumentum kitöltésével és továbbításával. Ezt követően a résztvevő Tagozatok és Tanácsok, valamint társszerzők, szakértők és véleményezők kijelölése, majd az irányelvfejlesztői csoportok kialakítása történt meg, valamint az összeférhetlenségi és egyetértési nyilatkozatok kitöltése. A fejlesztőcsoport a megalakulást követően meghatározta az egyes elvégzendő feladatokat.

Az irányelv fejlesztés a vizsgálati és terápiás eljárási rendek kidolgozásának, szerkesztésének, valamint az ezeket érintő szakmai egyeztetések lefolytatásának egységes szabályairól szóló 18/2013.(III.5.) EMMI rendeletben foglaltak alapján történt [32].

A fejlesztési folyamat során, napi szinten kommunikáltak egymással a szakemberek, illetve heti rendszerességgel strukturált formában az addig elkészült munkáról, illetve a folyamatról visszajelzést adtak. Az irányelv kialakítása a tagok egyéni munkáján, és többszöri konzultáción keresztül valósult meg.

2. Irodalomkeresés, szelekció

A nemzetközi szakirodalom szisztematikus áttekintése érdekében a „PubMed”, az OVID „MEDLINE” és „PsycInfo” adatbázisokban a következő kereső kifejezés használatával végeztünk keresést: „(aggression OR violence) AND (treatment OR management) AND (community OR public) AND (child OR adolescent)”. Az irodalomkeresés 2012. január 1-től történt és 2018. április 1-jével zárult le.

Ennek eredményeképp a duplikátumszűrést követő összesen 1181 közleményből 21 olyat találtunk, amelyik randomizált, kontrollált kísérleti elrendezésben, kontrollcsoporttal összevetve vizsgálta különböző programok hatékonyságát [5, 6, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55].

Ezek között 17 tanulmányt találtunk, amelyek teljes populációt célzó iskolai programokat használtak [6, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55], három vizsgálat kifejezetten az agresszív viselkedés szempontjából veszélyeztetett fiatalokra fókuszált [37, 38, 42], egy pedig mind elsődleges, mind másodlagos prevenció elemeket tartalmazott [5].

A programok zöme (18 tanulmány) [5, 6, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 50, 51, 52, 53, 54] hasonló elemekkel dolgozott.

A felhasznált irodalom során mind szakirodalmi cikkek, mind könyvek feldolgozásra kerültek, melyek listája az irodalomjegyzékben megtalálható. A felhasznált irodalom alapját elsősorban valamilyen szakmai folyóiratban (Science, European Child & Adolescent Psychiatry, The American Journal of Psychiatry, stb.) megjelent cikkek képezték, mely a folyóirat és az általános szakmai szabályainak megfelelően kialakított szelekciót követően került közlésre. A szelekció során a témában megjelent összefoglaló cikkeket (review), valamint metaanalíziseket részesítettük előnyben, mivel ezen munkák több egyéb cikk feldolgozása és elemzése alapján jöttek létre. Amennyiben nem volt a témában összefoglaló cikk, így a rendelkezésre álló cikkek közül a szakmailag legmagasabb szintű (módszertan, elemszám, statisztikai módszer, stb.) közleményt vettük alapul.

3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték vagy ajánlás mátrix”), bizonyítékok szintjének meghatározási módja

Általánosságban elmondható, hogy az agresszív gyermek kezelésének módjával kapcsolatos adatok között nem állnak rendelkezésre magas evidenciával rendelkező bizonyítékok. Ezek pontos leírása, illetve értékelése az adott fejezetek részét képezik.

4. Ajánlások kialakításának módszere

Az ajánlások kialakítása során a nemzetközi ajánlásokat áttekintve a NICE (2015) szakmai irányelvet tekintettük példának [2]. Az ajánlások kialakítása során nemcsak az adott témában megjelenő szakirodalmi ajánlásokat, hanem hazai szakmai tapasztalatokat is figyelembe vettünk. A konkrét ajánlásokat illetően igyekeztünk tematikusan, jól átlátható formában, konkrét, gyakorlati szinten is jól használható irányvonalakat ismertetni.

5. Véleményezés módszere

A különböző fejezetek megírása, valamint a részfolyamatok befejezése során a szerzők egymás munkáit többlépcsős folyamat során véleményezték és módosításokra tettek javaslatot, mely korrigálását követően újabb véleményezésre, majd pontosításra került sor, ezt követően került az irányelv véglegesítésre.

Az irányelv szakmai tartalmának összeállítását követően, a dokumentum megküldésre került a fejlesztőcsoport véleményezői felkérését elfogadó szakmai tagozatoknak. A visszaérkező javaslatok beillesztésre kerültek az irányelv szövegébe, vagy azok alapján módosításra került a dokumentum szerkezete, amennyiben az irányelvfejlesztők egyetértettek azok tartalmával.

Véleményezésre mindazon szakterületek tagozatának megküldésre került az irányelv tervezet, akik agresszív gyermek közvetlen ellátásában részt vesznek.

A vezető szerző irányításával a fejlesztő csoport konszenzusos véleményt alakított ki a véleményezőikkel. Nem volt olyan ajánlás, melyet az egyeztetés végén ne fogadott volna el valamennyi érintett szakterület.

6. Független szakértői véleményezés módszere

Független szakértő nem működött közre.

XI. MELLÉKLET

1. Alkalmazást segítő dokumentumok

1.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Nincs

1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

Nincsenek

1.3. Táblázatok

1. számú táblázat: A gyermekkori agresszivitás adverz kimenetelével szemben védő tényezők [35]

Egyéni védőfaktorok
Átlag feletti intellektus
Pozitív attitűd a család és az iskola felé
Agresszivitásra nem hajlamosító szociális kogníciók és hiedelmek
Alacsony impulzivitás és könnyű temperamentum
Enyhe ADHD
Fokozott szorongás és féltékenység
Magas szívfrekvencia
Magas MAO-A aktivitás
Családi védőfaktorok
Közeli kapcsolat legalább egy szülővel
Intenzív szülői felügyelet
A szülő helyteleníti az agresszív viselkedést
Kevés testi fenyítés
Intenzív részvétel családi tevékenységekben
A család szocioökonómiai státusza átlag feletti
A család konstruktív megküzdési mintát mutat
Pozitív szülői attitűd a gyermek tanulmányaival kapcsolatban
Iskolai védőfaktorok
Jó iskolai teljesítmény
Kötődés az iskolához
Erős motiváció az iskolai teljesítményre
Magasabb szintű végzettség elérése
Támogatás és felügyelet a pedagógusok részéről
Egyértelmű iskolai szabályok
Pozitív iskolai légkör
Kortárs védőfaktorok
Nem deviálódó jó barátok
Kortárs közösségekhez tartozás, ahol helytelenítik az agresszivitást
Vallási csoporthoz tartozás
Szociális izoláció (deviálódó kortársaktól is)
A lakóhellyel kapcsolatos védőfaktorok
Nem hátrányos helyzetű környék
Nem erőszakos környék
Kohézió és informális szociális kontroll

Forrás: Lösel és Bender, 2003 [35]

2. számú táblázat: Példák a NICE agresszivitás-kezelésre adott javaslataira [2]

NICE ajánlás (2015) [2]	Példák
Az agitáció, irritáció, agresszió, düh korai jeleinek felismerése	nyugtalanság, fel-alá járkál, nem tud leülni, nem működik együtt, felemeli a hangját, szóban jelzi dühét, csapkod, motorosan agitált
Az agresszió és erőszak valószínű okainak megértése	új helyzet, szeparáció, trauma, kortársi provokáció, kiszámíthatatlanság érzése, védekezés
Elterelő és nyugtató technikák, valamint a relaxációra való buzdítás módjainak használata	„mit szólnál hozzá, ha ...” javaslatok, meséljen egy élményéről, mi hiányzik neki, mi lenne most jó, mit szeretne, mit tudunk tenni a helyzetért
A személyes tér fontosságának felismerése	kopogjunk, mielőtt belépünk, ne adjunk indokolatlan utasítást, fogadjuk el az elvonulását
A páciens dühére való válasz a megfelelő, kimért, nyugodt hang, valamint a provokáció kerülése	nyugodt, megnyugtató hang, nem emeljük fel a hangunkat, ne tegyünk megjegyzéseket, ne minősítsünk

Forrás: NICE, 2015 [2] és saját

3. számú táblázat: A NICE (2015) irányelv ajánlása a de-eszkalációs technikák alkalmazására [2]

Ha a páciens agitálttá vagy dühösség válik, a vele való kommunikációban egy ápolónak kell a vezető szerepben lennie. Ezen személynek kell értékelnie a situációt biztonsági szempontból, a pácienssel együtt keresni a tisztázás lehetőségét, valamint a helyzet megoldásáról tárgyalni nem konfrontatív módon.
Érzelemszabályozási és ön-kezelő technikák használata a szorongás vagy frusztráció szóbeli és nem verbális megnyilvánulásainak (pl. testtartás és szemkontaktus) szabályozására a de-eszkaláció során.
Egy kijelölt hely vagy helység használata az érzelmi izgatottság vagy agitáció csökkentésére és a támogatni a páciens a lenyugvásban. Azokban az intézményekben, ahol elkülönítést használnak, rutinszerűen ne használják ezt a szobát az előző célra, mert a páciens ezt fenyegetésnek veheti.

Forrás: NICE, 2015 [2]

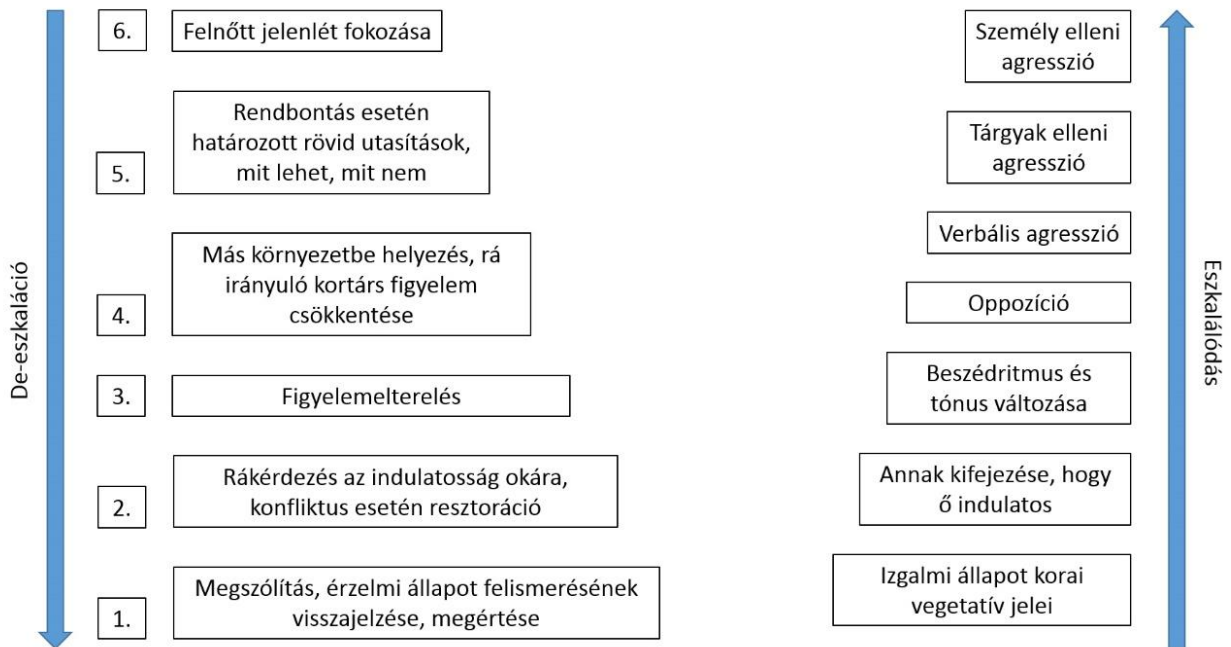
4. számú táblázat: Hat alapvető stratégia az elkülönítés és a korlátozás csökkentéséhez a NASMHPD ajánlása alapján

1. Olyan vezetés, ami kijelöli a változás menetrendjét, megteremti az új szervezeti kultúra légkörét, egy világos tervet fejleszt, és biztosítja az érintettek széleskörű bevonását
2. A létesítmények rendszeresen gyűjtenek adatokat az elkülönítésről és a korlátozó intézkedésekről, és ezeket az adatokat használják a személyzet tájékoztatásához és az incidensek felbecslésére
3. Terápiás környezet kialakítása a felépülés és a trauma-tudatos ellátására alapozva, az egyéni kezelési terv kialakítása, figyelembe véve a kliens igényeit
4. Az elérhető eszközök használata az elkülönítés és a korlátozás csökkentésének érdekében, beleértve a vizsgálati eszközöket, de-eszkalációs terveket, és a fizikális környezet használatát
5. Az ellátást igénybe vevők bevonása a szervezet korlátozáscsökkentési törekvéseinek több szempontjába
6. Az elkülönítés és a korlátozások elemzésére és a nemkívánatos események csökkentésére kérdőívek, becslőskálák következetes alkalmazása

Forrás: NASMHPD ajánlása

1.4. Algoritmusok

1. számú ábra: Az eskalálódási folyamat és a de-eszkaláció hierarchikus lépései



Forrás: saját ábra

1.5. Egyéb dokumentumok

Nincsenek