Extrémní agresivní chování u dětí a dospívajících

MUDr. Jiří Koutek, Ph.D., doc. PhDr. Jana Kocourková

Dětská psychiatrická klinika UK 2. LF a FN Motol, Praha

Extrémní agresivní chování u dětí a adolescentů může vést ke zranění až smrti druhé osoby. Trestný čin vraždy spáchané dětmi a dospívajícími je relativně vzácný, stojí na pomezí kriminalistiky, psychologie, psychiatrie a pedagogiky. V našem souboru 26 dětských a dospívajících pachatelů vražedného jednání ve stadiu dokonaném nebo pokusu se vyskytla pouze 1 psychotická porucha, 3 sexuální poruchy, ve 22 případech byl zjištěn disharmonický vývoj osobnosti.

Klíčová slova: dítě, adolescent, agrese, vražda.

Extreme aggressive behavior in children and adolescents

Extreme aggressive behavior in children and adolescents can lead to injury or death to the other person. The crime of murder committed by children and adolescents is relatively rare, on the border of criminology, psychology, psychiatry and pedagogy. In our group of 26 child and adolescent perpetrators of murderous behavior in the completed or attempted stage, there was only 1 psychotic disorder, 3 sexual disorders, in 22 cases disharmonious development of personality was found.

Key words: child, adolescent, aggression, murder.

Úvod

Poruchy chování jsou v MKN 10 uvedeny zejména v oddílu Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci. Zde jsou uvedeny diagnózy hyperkinetická porucha chování, porucha chování ve vztahu k rodině, nesocializovaná porucha chování, socializovaná porucha chování, porucha opozičního vzdoru, smíšené poruchy chování a emocí, viz tab. 1. Jako příklady chování, na nichž je diagnóza založena, zahrnují nadměrné rvačky, krutost k jiným lidem nebo zvířatům, závažné ničení majetku, zakládání ohňů, krádeže, opakované lhaní, záškoláctví, výbuchy zlosti (1). V americkém psychiatrickém manuálu DSM 5 jsou poruchy chování uvedeny v kapitole Disruptivní poruchy, poruchy ovládnutí impulzů a poruchy chování (2). I zde jsou uváděny poruchy chování v rámci dětského a adolescentního věku, je však zmíněna možnost poruch chování i ve věku dospělém, viz tab. 2. Jde o projevy, které jsou předmětem mezioborové spolupráce, stojí na hranici psychologie, psychiatrie a pedagogiky (3).

Děti mají menší kapacitu pro introspekci, mají tendenci reagovat na vnitřní konflikty navenek, frustraci dávají často kromě somatizace najevo vnějším chováním. Při hodnocení poruch chování musíme zjišťovat, zda poruchy chování navazují např. na hyperkinetickou poruchu přítomnou již od raného dětství, nebo se objevily v průběhu vývoje jako reakce na nepříznivou životní situaci dítěte (4). Nežádá se setkávání s tím, že dítě reaguje na konfliktní rodinnou nebo rozvodovou situaci rodičů poruchami chování,

Některé projevy zasahují až do oblasti kriminalistiky a justice, neboť jde o činy trestné, nebo tzv. jinak trestné, pokud je pachatel mladší 15 let. Agresivní projevy mohou vést až ke zranění dalších osob, případně k jejich úmrtí. Vysoce agresivní projevy u dětí a dospívajících vedoucí k zabití či vraždě jiné osoby jsou sice vzácné, ale představují závažný odborný i celospolečenský problém. Počet vražd spáchaných dětmi a mladistvými je relativně nízký. V roce 2019 to byly v České republice 4 vraždy spáchané mladistvými a 1 vražda

spáchaná dítětem, z celkového počtu 116 vražd. Nezletilí tedy spáchali celkem 4 % z celkového počtu vražd. V Anglii a Walesu to v roce 2011 bylo 6 %, v USA v roce 2013 8 % a v Kanadě v roce 2007 12 % (5, 6). Více se vražd dopouštějí chlapci, vražd blízkých osob ale dívky, přičemž literatura uvádí, že ve většině případů pachatel vraždí samostatně (7). Největší riziko pro vývoj osobnosti a její pozdější sociální patologii představuje zejména negativní raná zkušenost, citová deprivace, neúplná rodina s absencí otcovské postavy, hostilita rodičů vůči dítěti (8). Odborná literatura v této oblasti hovoří o kumulaci rizikových faktorů, kdy pocity hostility a paranoidity k vrstevníkům i dospělým mohou kulminovat (9). V pozadí motivace bývají narcistická zranění, přání ovládat ostatní, pocity závnosti a zášti (10). Typický pachatel vraždy v nezletilém věku tedy vyrůstá v neúplné a nefungující rodině se sociálními problémy, ve které se vyskytuje násilné chování (11). Má kognitivní deficit, má problémy ve škole jak v oblasti prospěchu, tak i v chování. Může být jak pachatelem, tak i obětí školní šikany.

Pociťuje nespokojenost se svým životem, vůči okolí je nastaven hostilně a paranoidně (12). V oblasti hodnot upřednostňuje hmotné statky. Má sníženou motivaci pro výkon, ve výběru vzorů převažují záporní hrdinové. Má benevolentní postoj k antisociálnímu chování, akceptuje společensky škodlivé jevy, jako např. návykové látky, gamblerství. Rád sleduje pořady s násilím, pije alkohol, má zkušenost s návykovými látkami (13). Má též dřívější zkušenost v oblasti sexuálního života, důležitým rizikovým faktorem je proběhlé sexuální zneužití. Literatura zdůrazňuje kombinaci stresujících faktorů socioekonomického charakteru (14).

Rodway et al. našli mezi 363 dětskými a mladistvými pachateli vražd ve 20 % přítomnost duševní poruchy v průběhu dosavadního života, v 8 % vývoj k poruše osobnosti, v 25 % užívání alkoholu a v 50 % užívání drog, v 45 % výukové potíže, v 73 % problémy v chování a ve 49 % předchozí vyloučení ze školy. V rodinách těchto pachatelů zjistili v 41 % duševní poruchu v rodinné anamnéze, v 27 % abúzus alkoholu a užívání drog, v 27 % kriminalitu v rodině.

Soubor dětských a adolescentních pachatelů

Jde o soubor celkem 26 dětí a dospívajících, které jsme vyšetřili jako soudní znalci z oboru dětská a dorostová psychiatrie a klinická psychologie v letech 2000–2019. Šlo o pachatele z hlediska trestně právní kvalifikace trestného činu vražda v 15 případech, v 8 případech vražda ve stadiu pokusu a 3x vražda ve stadiu přípravy.

V souboru bylo 22 chlapců a 4 dívky. V 11 případech se pachatel dopustil trestného jednání samostatně, v 15 případech šlo o spolupachatelství.

Významně převažují pachatelé ve věku adolescentním, tedy již trestně odpovědní, a to v 24 případech, přičemž nejvíce pachatelů, 15, bylo ve věku mezi 17. a 18. rokem. V našem souboru byly tedy pouze 2 děti do 15 roků, které nebyly trestně odpovědné. Ve 14 případech byl obětí činu muž, ve 12 žena. Ve 4 případech šlo o člena rodiny, v 17 případech o známou nepřibuznou osobu, v 5 případech byla obětí pachateli neznámá. V 11 případech byla motivem činu snaha získat zisk, v 10 případech šlo o důsledek konfliktu a v 5 případech byl motiv sexuální. V případě sexuálního motivu bylo vždy rovněž provedeno znalecké zkoumání znalcem z oboru sexuologie.

Důležitým faktorem je rodinná anamnéza, ve 20 případech šlo o rodinu neúplnou, kterou jsme vyhodnotili jako výchovně zcela nefunkční, 1x šlo o adoptivní rodinu, 1x o výchovu prarodičů. Pouze ve 4 případech byl dotýčený vychován oběma biologickými rodiči, i když i tyto rodiny byly konfliktní.

V anamnéze vyšetřovaných pachatelů závažných trestných činů byla zjištěna předchozí psychiatrická péče v 7 případech, jednou proběhla psychiatrická hospitalizace, důvodem byly vždy poruchy chování. Vzhledem k nefungujícímu rodinnému prostředí a problémům v chování byla v 7 případech v předchozí době nařízena ústavní výchova. Nadměrná konzumace alkoholu a užívání návykových látek, více než v tomto věku časté experimentování, byla zjištěna ve 12 případech. V 8 případech bylo zjištěno ovlivnění alkoholem při vlastním agresivním jednání.

Jak bylo výše uvedeno, všechny děti a dospívající byli psychiatricky vyšetřeni standardní explorací, znalci měli k dispozici eventuální zdravotnickou dokumentaci, v některých případech mohli též odebrat anamnézu od rodičů, nežádka však nebyla anamnéza od rodičů dostupná. Bylo též provedeno obvyklé psychologické vyšetření zaměřené na intelektové schopnosti a vývoj osobnosti. Cílem vyšetření bylo stanovení případné psychiatrické diagnózy, vyloučení ev. psychotické poruchy a z ní vyplývající motivace vražedného jednání, ale též možnosti resocializace.

Z hlediska intelektových schopností bylo zjištěno, že většina pachatelů má intelekt pod průměrem, celkově lze konstatovat posun Gaussovy křivky rozumových schopností vyšetřovaných doleva, v 5 případech byla zjištěna mentální retardace, v 5 případech výrazný podprůměr, v 9 případech podprůměr. 8 pachatelů bylo průměrných a pouze 1 měl intelekt nadprůměrný. Ve 22 případech byl zjištěn tzv. disharmonický vývoj osobnosti, s rysy asociálními, případně emočně nestabilními. V dětském a dorostovém věku nepoužíváme ještě dg. specifická porucha osobnosti, neboť se má za to, že osobnost se vyvíjí až do raného dospělého věku, v těchto případech však lze vývoj směrem k specifické poruše osobnosti predikovat.

V nálezech a znaleckých doporučeních byla v jednom případě zjištěna psychotická porucha, s níž souviselo úplné vymizení rozpoznávacích a ovládacích schopností. Snížení těchto schopností měrou podstatnou bylo zjištěno ve 4 pří-

Tab. 1. Poruchy chování v MKN 10

F 90.1	Hyperkinetická porucha chování
F 90.1	Porucha chování ve vztahu k rodině
F 91.1	Nesocializovaná porucha chování
F 91.2	Socializovaná porucha chování
F 91.3	Porucha opozičního vzoru
F 92.0	Smíšené poruchy chování a emocí – depresivní porucha chování
F 43.24	Porucha přizpůsobení s převládající poruchou chování
F 43.25	Porucha přizpůsobení se smíšenou poruchou emocí a chování

Tab. 2. Poruchy chování v DSM 5

313.81	Porucha opozičního vzoru
312.34	Intermitentní explozivní porucha
312.8	Porucha chování

pádech, snížení měrou forenzně nepodstatnou v 8 případech. U pachatelů byla doporučena ochranná léčba psychiatrická v 5 případech, z toho ve 3 případech doplněná léčbou sexuologickou. Dobrovolná ambulantní péče protitoxikomanická byla doporučena v 5 případech.

Kazuistická ukázka I.

14letý chlapec, vyrůstající od svých 3 měsíců v adoptivní rodině, o této adopci byl informován, o biologických rodičích nejsou bližší informace. Vývoj byl zpočátku bez větších nápadností, navštěvoval školku, základní škola od 6 roků, zpočátku s průměrným prospěchem, zhoršení od 6. třídy. Spolužákům se chlubil, že doma krade rodičům peníze, na jedné straně měl tendenci si je „kupovat“, na druhé straně však často reagoval na konflikt agresivitou. Dosud nebyl v žádné psychologické ani psychiatrické péči. Ráno před činem řekl spolužákům, že zabije matku, protože ho „sere“, křičí na něj. Na matku počkal doma, zasadil jí nejméně 10 ran nožem. Psychiatrickým a psychologickým vyšetřením nebyla zjištěna psychotická porucha. Byl zjištěn nevyvážený vývoj osobnosti, s rysy schizoidními, anetickými, přítomno bylo extrapunivní, egocentrické zaměření. Vůči matce byl nadále kritický, bez pocitů lítosti nebo viny, vůči otci však zastával pozitivní, identifikační postoj. Jeho schopnosti rozpoznávací, ovládací, volní i rozumové jsou přiměřené věku, mravní vyspělost je vzhledem k věkové normě snížena. Vzhledem k tomu, že chlapec nebyl v době činu trestně odpovědný, šlo tedy o čin tzv. jinak trestný, byla doporučena výchovná opatření, tedy v jeho případě ochranná výchova, doplněná ambulantním pedopsychiatrickým a psychologickým sledováním.

Kazuistická ukázka II.

17letá dívka, vyrůstala v konfliktním rodinném prostředí, po rozvodu rodičů v jejích 10 letech žila s matkou, v 15 letech po konfliktech s ní přešla do péče otce. Od 14 roků užívala marihuanu, experimentovala s alkoholem. 8 týdnů před činem jednorázově užíla LSD. Poté byla úzkostná, měla hypochondrické obavy, byla ve velkém napětí. Pro somatické stesky byla krátce hospitalizovaná na pediatrii, nebylo zjištěno somatické onemocnění, psychologické vyšetření však doporučilo ambulantní psychiatrickou péči pro susp. psychosomatický charakter obtíží. Tato péče však nebyla realizována. K vražednému činu došlo v noci poté, co se otec vrátil opilý, bodla ho kuchyňským nožem. K věci sdělila, že otce musela zabít, musela se rozhodnout mezi otcem a Bohem, otce jí je líto, ale bylo to podle bible, tam se píše „vyjdeme si“. Po odhalení trestného činu byla hospitalizovaná nejprve v civilním psychiatrickém zařízení, následně na psychiatrickém oddělení vazební věznice. Aktuální přítomnost alkoholu nebo návykových látek zjištěna nebyla. Při psychiatrickém a psychologickém vyšetření zjištěny anamnesticky halucinační prožitky zrakové a intrapsychické, zjištěny poruchy myšlení, paralogie, religiozní bludná produkce, oploštělý emoční projev. Vyšetření prokázalo normální intelektové schopnosti. Diagnosticky uzavřeno jako paranoidní schizofrenie, rozpoznávací a ovládací schopnosti byly vyhodnoceny jako zcela vymizelé, indikováno je ochranné psychiatrické léčení formou ústavní.

Diskuze

Ve sledovaném souboru převažovali v souladu s literaturou chlapci nad dívkami (4). Pachatelé jednali ve většině případů ve spolupachatelství, na rozdíl od literatury, která uvádí, že ve většině případů pachatel vraždí samostatně (7). Podle naší zkušenosti faktor spolupachatelství význam-

ně ovlivňuje dynamiku celého aktu, nezřídka se pachatelé ve svém agresivním jednání vzájemně podporují.

V souboru jsou pouze 2 děti do 15 roků. Ty nejsou trestně odpovědné, v jejich případě se hovoří o tzv. činu jinak trestném, tyto případy jsou však vyšetřovány Policií ČR rovněž a následně řešeny soudem. I u těchto dětí, které sice nemohou být trestány, soud v těchto případech nařizuje výchovná opatření, indikována bývá ochranná výchova. Pokud je přítomna psychiatrická problematika, bývá doporučována a soudem nařizována ochranná léčba.

V našem souboru byla zjištěna tendence k užívání alkoholu nebo návykových látek ve 12 případech, zatímco dobrovolná protitoxikomanická péče byla doporučena u 5 pachatelů. U ostatních vyšetřovaných doporučena nebyla zejména z důvodu nemožnosti očekávat byť alespoň bazální spolupráci. Je nutné v této souvislosti připomenout, že rozhoduje soud, který může a nemusí znalecká doporučení akceptovat, případně může nařídít revizní znalecké zkoumání.

Podobně jako u sebevražedného jednání i u jednání vražedného zjišťujeme motiv, který k této extrémní agresi vedl. Zároveň nacházíme často další rizikové faktory, které nebezpečí takového chování zvyšují.

V našem souboru tedy převažovali chlapci, s velmi špatným rodinným zázemím, již v době předcházející trestnému činu se u nich projevily poruchy chování, u řady z nich bylo přítomno škodlivé užívání alkoholu nebo jiných návykových látek. Jasná psychiatrická problematika však byla zjištěna pouze u menšiny z nich, plná exkulpace byla doporučena pouze v jednom případě, kdy byla zjištěna psychotická motivace heteroagresivního činu.

Předkládané kazuistické ukázky demonstrují rozmanitost této problematiky. V prvním případě jde o citově deprivovaného chlapce, jehož vývoj osobnosti probíhá velmi komplikovaně, s již přítomnými rysy anetickými, nejde však o závažné duševní onemocnění ve smyslu psychotické poruchy. Doporučujeme sice vzhledem k jeho věku a vývojovému dospívajícímu stadiu ambulantní psychiatrické sledování, i když klíčová jsou v tomto případě výchovná opatření, tedy ochranná výchova. V druhém případě se dívka dopustila trestného činu vraždy pod vlivem závažné duševní poruchy, paranoidní schizofrenie. V tomto případě je jednoznačně indikováno řešení léčebné, tedy nařízení ochranné léčby, vzhledem ke zdravotnímu stavu a charakteru činu formou ústavní, tedy za hospitalizace.

Závěr

Spáchání trestného činu vraždy v dětském nebo adolescentním věku je vzácné. Jde o problematiku stojící na pomezí několika oborů, velmi často je však, zejména u dětských pachatelů využívána hospitalizace v psychiatrickém lůžkovém zařízení jako řešení akutní situace (15). Jde o extrémní poruchu chování, která přesahuje běžné poruchové chování v dětském věku, kterým se zabývá pedopsychiatrie. Další řešení je závislé na výsledku soudně znaleckého vyšetření, často spočívá v kombinaci výchovných opatření (ochranná výchova) a psychiatrickém sledování.

Článek vznikl v rámci programu UK Progres č. Q15 s názvem „Životní dráhy, životní styly a kvalita života z pohledu individuální adaptace a vztahu aktérů a institucí“, byl podpořen projektem MZD ČR koncepčního rozvoje výzkumné organizace 00064203 (Fakultní nemocnice v Motole).

LITERATURA

1. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. Praha, Psychiatrické centrum 1992.
2. DSM-5. Diagnostický a statistický manuál duševních poruch. Praha: Hogrefe-Testcentrum 2015.
3. Shumaker DM, Prinz RJ. Children Who Murder: A Review. Clinical Child and Family Psychology Review, 2000, 3, 97–115.
4. Baglivio MT, Wolff KT. Prospektivní Prediction of Juvenile Homicide/Attempted Homicide among Early-Onset Juvenile Offenders. Int J Environ Res Public Health, 2017, Feb 16, 14(2).
5. Stöckl H, et al. Child homicide perpetrators worldwide: a systematic review. BMJ, 1,1, <http://bmjpaedsopen.bmj.com/content/1/1/e000112>
6. Rodway C, et al. A population-based study of juvenile per-

- petrators of homicide in England and Wales. Journal of Adolescence 2011; (34): 19–28.
7. Rount G, Anderson L. Adolescent Aggression, Adolescent Violence toward Parents. Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma, 2011; 20: 1–19.
8. DiCataldo F, Everett M. Distinguishing juvenile homicide from violent juvenile offending. Int J Offender Ther Comp Criminol, 2008; 52(2): 158–714.
9. Bailey S. Adolescents who murder. Journal of Adolescence. 1996; 19: 19–39.
10. Roe-Sepowitz DE. Comparing male and female juveniles charged with homicide: child maltreatment, substance abuse, and crime details. J Interpers Violence, 2009; 24(4) 601–617.
11. Gerard FJ, et al. An exploration of current knowledge on

young people who kill: A systematic review. Aggression and Violent Behaviour. 2014; 19: 559–571.

12. Heide KM. Youth homicide: A review of the literature and a blueprint for action. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology. 2003; (47): 6–36.
13. Hagelstam C, Häkkinen H. Adolescent homicides in Finland: offence and offender characteristics. Forensic Science International. 2006; 164: 110–115.
14. Hill-Smith AJ, et al. Adolescents murderers: abuse and adversity in childhood. J Adolesc, 2002; 25(2): 221–230.
15. Hrdlička M, Kocourková J, Koutek J. Projevy extrémní agrese v dětském věku. Č. S. Psychiatr, 1998; (94): 59–63.